34711 Couvert 8/28/06 1:28 PM Page 1

L'apport de l'immigration dépasse, et de loin, les seules préoccupations économiques et démographiques. L'immigration alimente continuellement la pluralité culturelle et ethnique qui désormais caractérise de façon irréversible le visage des centres urbains. Face à ce phénomène social et culturel qui favorise la coexistence d'une multitude de façons de voir, de penser et d'agir, comment peuvent s'adapter les institutions de santé et de santé publique ?

Plus précisément, comment est-il possible de rendre compte de la *pluralité sociale et culturelle* à l'aide des concepts dont nous disposons ? Quels liens existent-ils entre *Culture et santé* ? Comment peut-on analyser la place accordée à la *Diversité culturelle* lors des différentes étapes de *planification et de programmation* ? Finalement, comment passer *Des concepts aux chiffres* ? Quels sont les indicateurs ethniques couramment utilisés en santé publique pour documenter l'état de santé et de bien-être de la population ? Quels en sont les limites et comment les utiliser convenablement ?

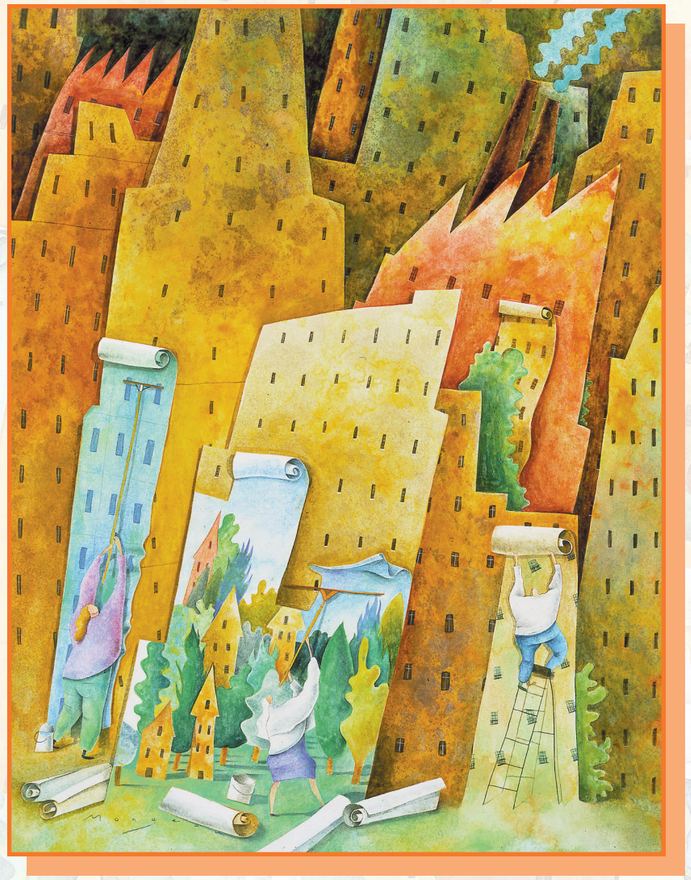
Ce document propose des pistes pour répondre à ces questions dans le but de contribuer à la réflexion dans ce domaine, et d'offrir un outil de référence aux professionnels concernés par les tâches de planification, de programmation ou de recherche dans le milieu de la santé.

*Sylvie Gravel*
*Alex Battaglini*

Culture, santé et ethnicité
**vers une santé publique pluraliste**

# Culture, santé et ethnicité

## vers une santé publique pluraliste



***Sous la direction de Sylvie Gravel et Alex Battaglini***

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
**DE MONTRÉAL-CENTRE**
***Direction de la santé publique***

34711 Couvert  8/28/06  1:28 PM  Page 2

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 1

# Culture, santé et ethnicité

## vers une santé publique pluraliste

*Sous la direction de Sylvie Gravel et Alex Battaglini*

**Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre**
**Direction de la santé publique de Montréal-Centre**
2000

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 2

Une réalisation de l'unité Écologie humaine et sociale
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

**Collaborateurs**
Kalpana Das et Carlo Sterlin

**Révision linguistique**
Monique Messier

**Conception et réalisation graphique**
Josée Boudreau

**Imprimeur**
Vincelli - Communications

*L'illustration en page couverture est une œuvre de Marc Mongeau.*

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination
et dans le seul but d'alléger la lecture.

© Direction de la Santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 2e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-228-1

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 3

## Mot du directeur de la santé publique

Les mandats de la santé publique consistent à connaître et à surveiller l'état de santé et de bien-être de la population, à assurer la mise en place de mesures de protection, à développer des programmes efficaces de prévention et de promotion et à assurer le développement de la recherche. Avec un tel éventail d'actions, faire de la migration, de la culture et de l'ethnicité une préoccupation pour l'ensemble de la santé publique représente un véritable défi que tentent justement de relever les auteurs de ce document.

*Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste* s'ajoute à la volonté de la Direction de la santé publique et de la Régie régionale de Montréal-Centre d'inscrire le caractère pluriethnique de la population montréalaise au cœur de la planification des programmes de santé et des services sociaux. Il s'agit donc d'un outil de référence qui trouvera toute son utilité auprès des planificateurs et des chercheurs sans oublier son apport pour le développement de formations et pour l'encadrement professionnel.

Finalement, ce document pourra servir de cadre pour une réflexion, parfois critique, sur nos propres actions à l'égard d'une population continuellement en changement.

Richard Lessard, M.D.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 4

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 5

## Remerciements

Nous tenons d'abord et avant tout à souligner la collaboration de Kalpana Das de l'Institut interculturel de Montréal et de Carlo Sterlin de la Clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon qui ont accompagné les professionnels de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (DSP) dans leur réflexion sur les enjeux et les limites de l'adaptation culturelle et de la planification en contexte de pluralité culturelle et ethnique.

Soulignons aussi l'apport exceptionnel des professionnels de la DSP qui, malgré la surcharge de leur agenda, se sont prêtés à cet exercice de réflexion riche en débats, ponctué d'incertitudes, mais aussi de nouvelles solutions. Mentionnons, entre autres, les habiletés de Gilles Forget pour animer ces rencontres, et la contribution de tous à la qualité des débats : Alix Adrien, Daniel Beauregard, Lise Bertrand, Déborah Bonney, Claudine Christin, Suzanne DeBlois, Marie-Claude Fournier, Martine Fortier, Bernard Heneman, Louise Lafontaine-Roy, Maryse Lapierre, Marthe Laurin, Diane Ouellet, Lise Renaud, Ariane Riou et François Thérien.

Mentionnons également le précieux travail des relecteurs et leurs judicieux commentaires : Michelle Dallaire, Marie-Claude Fournier et Lise Renaud de la DSP; Victor Piché et Yves Péron du Département de démographie de l'Université de Montréal, Maurice Lévesque du Département de sociologie et Jean Renaud du Centre d'études ethniques ainsi que Cécile Rousseau de l'Hôpital pour enfants de Montréal. Nous remercions également Marie-Claire Laurendeau de la DSP pour nous avoir soutenus et encouragés tout au long de ce processus.

Nous tenons à remercier de façon particulière, de la DSP, Monique Messier pour la minutie avec laquelle elle a procédé à la révision des textes, Sylvie Desjardins, Louise Legendre et Lucie Marin pour le travail de secrétariat et, de la Régie régionale de Montréal-Centre, Isabelle Hemlin pour le soutien financier apporté à l'édition.

Finalement, nous voulons transmettre à Magalit Cohen-Émerique toute notre reconnaissance pour nous avoir inspiré cette réflexion amorcée l'année précédente dans le cadre de ses sessions de formation sur la médiation interculturelle.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 6

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 7

# Avant-propos

Comment introduire dans la conceptualisation et l'évaluation d'interventions en santé publique une vision pluraliste qui permette de saisir, au moins partiellement, la complexité de l'adéquation culturelle et contextuelle de ces interventions ?

C'est le défi de taille que propose ce document. En partant des notions mêmes de culture et d'immigration, notions fluides et impossibles à cerner de façon statique dans un monde en évolution rapide, les auteurs invitent à repenser l'hétérogénéité des populations nouvellement arrivées aussi bien sur le plan de la diversité des représentations du monde qu'elles introduisent que sur celui de la spécificité des expériences liées au processus migratoire.

La saisie de la complexité et du mouvement constant d'une telle réalité est, à la limite, incompatible avec la notion de mesure et la validité d'indicateurs quantitatifs. Ce texte, avec ses choix, propose un équilibre assez harmonieux entre cette complexité et la nécessité de catégoriser certains aspects afin de dégager des balises d'intervention, tout en restant conscient des limites des catégories utilisées. Il s'agit donc d'une invitation à situer l'intervention comme un choix en tension entre des univers aux frontières changeantes, parfois juxtaposés, parfois confondus.

Un premier niveau de tension concerne l'idée de la relativité des normes nord-américaines dominantes. Les auteurs évoquent la construction culturelle des normes québécoises et canadiennes et les paradoxes qu'une application rigide de celles-ci peut avoir dans certains champs, particulièrement dans le domaine de la violence familiale et de la négligence. Tangentiellement, le document questionne aussi la médicalisation croissante des sociétés occidentales et, en introduisant l'importance des autres savoirs, interroge la prééminence des savoirs experts. Ces questions sont sans aucun doute centrales dans le champ de l'intervention auprès des populations nouvellement arrivées, mais elles peuvent aussi aider à repenser l'intervention en tenant compte de l'hétérogénéité des normes au sein même des communautés majoritaires.

Un deuxième niveau de tension touche l'équilibre délicat qui doit s'établir entre le respect de l'histoire et des consensus des groupes majoritaires et l'accommodation à la réalité et aux valeurs des communautés immigrantes. Dans ce domaine, l'instabilité est difficile… mais souhaitable, puisque seule une remise en question périodique de cet équilibre peut permettre la médiation entre des communautés qui évoluent toutes rapidement.

Enfin, le partenariat d'égalité et de complémentarité proposé par les auteurs pour permettre la médiation entre les différentes communautés ne peut s'effectuer en effaçant les divergences et doit pouvoir se fonder sur des tensions créatrices. Or, s'il n'est pas difficile de s'accorder autour de la nécessité d'un tel partenariat, le processus pour y arriver soulève des questions éthiques incontournables : qui représente qui ? Peut-on parler de consentement collectif à la recherche ? Comment le savoir au sujet de communautés spécifiques peut-il être diffusé ?

Il serait souhaitable que ce premier document, qui constitue un très bel outil de réflexion tant pour les intervenants que pour les chercheurs, puisse être suivi d'une analyse de processus de partenariats précis, de leurs réussites à leurs échecs, afin que le partage d'expériences spécifiques, dans les tâtonnements et les apprentissages qu'elles contiennent, puisse stimuler l'imagination de ceux qui désirent pluraliser nos pratiques et notre société.

*Cécile Rousseau, M.D., Hôpital pour enfant de Montréal*

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 8

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 9

# TABLE DES MATIÈRES

MOT DU DIRECTEUR . . . . . III

REMERCIEMENTS . . . . . V

AVANT-PROPOS . . . . . VII
*Cécile Rousseau*

TABLE DES MATIÈRES . . . . . IX

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES . . . . . XIII

INTRODUCTION . . . . . 15
*Alex Battaglini, Sylvie Gravel*

**CHAPITRE 1 : PLURALITÉ SOCIALE ET PLURALITÉ DES MOTS**
*Alex Battaglini*

**CULTURE, RACE ET ETHNICITÉ** . . . . . 23
**NOTION DE CULTURE** . . . . . 23
**DIVERSITÉ CULTURELLE ET TYPOLOGIES RACIALES** . . . . . 26
**LA NOTION D'ETHNICITÉ** . . . . . 27
*Variation ethnique* . . . . . 27
*Santé et ethnicité* . . . . . 28
**LES CONCEPTS DE COMMUNAUTÉ ET DE MINORITÉ** . . . . . 30
*Variation du concept de minorité* . . . . . 31
*Perception canadienne de la pluralité culturelle* . . . . . 32
*Perception québécoise de la pluralité culturelle* . . . . . 33
**LA MIGRATION : UN PROCESSUS COMPLEXE D'ADAPTATION ET D'INTÉGRATION** . . . . . 34
*L'importance de l'immigration pour le pays d'accueil* . . . . . 35
*Les phases migratoires* . . . . . 36
*La trajectoire migratoire* . . . . . 38
*L'acculturation et la santé* . . . . . 41
*L'intégration et la santé* . . . . . 44
**LE RACISME** . . . . . 47
*Formes élémentaires du racisme* . . . . . 48
*Préjugés et stéréotypes* . . . . . 48
*Discrimination et ségrégation* . . . . . 49
*Conflits de valeurs et tensions dans les milieux de la santé* . . . . . 51
**CONCLUSION** . . . . . 52

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 10

## CHAPITRE 2 : CULTURE ET SANTÉ

*Alex Battaglini*

**TRAITS CULTURELS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ** . . . . . 57
**CONCEPTIONS DE LA SANTÉ** . . . . . 58
*Conception familiale et individuelle de la santé* . . . . . 60
**VARIABILITÉ DE L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ** . . . . . 61
*Systèmes de santé, services sociaux et pratiques* . . . . . 61
*Utilisation des systèmes de santé formels et informels* . . . . . 63
**ACCESSIBILITÉ ET ADAPTABILITÉ DES SERVICES** . . . . . 64
*Sous-utilisation des services sociaux et de santé* . . . . . 65
*Barrières limitant l'accès aux services* . . . . . 66
*Méconnaissance des ressources disponibles* . . . . . 66
*Difficultés d'accessibilité dites objectives* . . . . . 67
*Barrières de la langue et de la communication* . . . . . 67
*Facteurs liés aux perceptions et à la culture* . . . . . 68
*Adaptation culturelle des services* . . . . . 69
**LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION** . . . . . 71
**CONCLUSION** . . . . . 74

## CHAPITRE 3 : DIVERSITÉ CULTURELLE ET PLANIFICATION DE LA SANTÉ

*Alex Battaglini, Sylvie Gravel*

**DÉMARCHE** . . . . . 80
**IDENTIFICATION ET RECONNAISSANCE D'UN PROBLÈME** . . . . . 81
*Influences sociales, culturelles et politiques* . . . . . 82
*Rôle des données épidémiologiques pour la définition d'un problème de santé* . . . . . 84
**ÉLABORATION D'UNE PROBLÉMATIQUE** . . . . . 93
*En quoi une problématique devient pluraliste lorsque définie par des représentants d'un groupe ethnique ?* . . . . . 94
*Diversité culturelle et enjeux interculturels lors de l'élaboration d'une problématique* . . . . . 95
*Choix des populations et des clientèles cibles* . . . . . 98
*Cibler une population : critères ethniques, culturels et migratoires* . . . . . 98
*Groupes ethniques ou populations immigrantes ?* . . . . . 100
*Problèmes éthiques associés au choix de populations cibles* . . . . . 102
**IMPLANTATION D'UN PROGRAMME** . . . . . 103
*Dynamique évolutive des modèles d'intervention* . . . . . 104
*Enjeux culturels relatifs aux modèles d'intervention* . . . . . 106
*Diversité culturelle et modèles d'intervention* . . . . . 108
**CHOIX DES RESSOURCES POUR L'INTERVENTION** . . . . . 112
*Représentation culturelle des partenaires* . . . . . 113
*Le partenariat : convergence de visions et de savoirs* . . . . . 115
**TENIR COMPTE DE LA DIVERSITÉ CULTURELLE** . . . . . 117
*L'approche interculturelle* . . . . . 118
*La médiation interculturelle* . . . . . 121
**CONCLUSION** . . . . . 124

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 11

**CHAPITRE 4 : DES CONCEPTS AUX CHIFFRES**
*Hélène Riberdy, Danielle Guay et Alex Battaglini*

**CE DONT ON PEUT RENDRE COMPTE** . . . . 131
**QUE PEUT-ON MESURER ?** . . . . 132
**COMMENT CHOISIR LES INDICATEURS ?** . . . . 133
**SOURCES D'INFORMATION DISPONIBLES** . . . . 133
**LES INDICATEURS ISSUS DU RECENSEMENT CANADIEN** . . . . 134
**LES INDICATEURS ISSUS DU FICHIER DES NAISSANCES** . . . . 135
**LES INDICATEURS ISSUS DU FICHIER DES DÉCÈS** . . . . 137
**QUE CONTIENNENT LES FICHES SYNTHÈSES ?** . . . . 138
**LEUR MODE D'EMPLOI** . . . . 139
**FICHES SYNTHÈSES : FICHIER DU RECENSEMENT** . . . . 141
*Allophone* . . . . 143
*Immigrant* . . . . 149
*Groupe ethnique* . . . . 157
*Communauté noire* . . . . 167
*Appartenance religieuse* . . . . 171
**FICHES SYNTHÈSES : FICHIER DES NAISSANCES** . . . . 175
*Allophone* . . . . 177
*Immigrant* . . . . 183
*Groupe ethnique* . . . . 189
**FICHES SYNTHÈSES : FICHIER DES DÉCÈS** . . . . 201
*Immigrant* . . . . 203
**CONCLUSION** . . . . 211

**CONCLUSION : VERS UNE VISION PLURALISTE** . . . . 215
*Alex Battaglini*

**BIBLIOGRAPHIE** . . . . 219

**ANNEXES** . . . . 233

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 12

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 13

## LISTE DES TABLEAUX


**Tableau 1** Critères de sélection pour les travailleurs indépendants . . . . . .35

**Tableau 2** Phases migratoires . . . . . .36

**Tableau 3** Trajet migratoire . . . . . .40

**Tableau 4** Degrés d'acculturation selon Berry . . . . . .41

**Tableau 5** Exemples de zones d'incompréhensions culturelles . . . . . .51

**Tableau 6** Facteurs organisationnels pouvant influencer l'accessibilité . . . . . .68

**Tableau 7** Cibler un groupe ethnique ou une population immigrante . . . . . .102

**Tableau 8** Grille d'analyse des chocs culturels . . . . . .120

**Tableau 9** Synthèse des suggestions relatives à l'enjeu de l'adaptation culturelle lors des étapes de planification . . . . . .126-127

**Tableau 10** Indicateurs culturels rencontrant les critères de qualité pour les planificateurs en santé publique, Recensement canadien. . . . . .135

**Tableau 11** Indicateurs culturels rencontrant les critères de fiabilité pour les planificateurs en santé publique, Fichier des naissances. . . . . .136

**Tableau 12** Indicateurs culturels rencontrant les critères de qualité pour les planificateurs en santé publique, Fichier des décès. . . . . .138

**Tableau 13** Indicateurs retenus selon les concepts et les sources de données . . . . . .140


## LISTE DES FIGURES


**Figure 1** Niveaux d'influence de la culture : analogie de l'iceberg d'après Clyde Kluckhohn . . . . . .25

**Figure 2** Variation générationnelle . . . . . .44

**Figure 3** Facteurs reliés aux caractéristiques individuelles par types d'intégration . . . . . .47

**Figure 4** La planification, un processus dynamique . . . . . .82

**Figure 5** Dynamique tripartite : modèle de médiation interculturelle . . . . . .114

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 14

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 15

# Introduction

***Alex Battaglini, Sylvie Gravel***

Terres d'immigration, le Canada comme le Québec sont aujourd'hui des espaces sociologiques profondément pluralistes. Selon les époques, l'immigration ne s'est pas toujours réalisée pour les mêmes raisons, ni pour les mêmes objectifs et encore moins selon les mêmes règles. Chaque époque, peut-on dire, a ses particularités notamment en matière de politiques, de regard sur les autres et de besoins démographiques ou économiques. Si, à la fin du 19e siècle, l'immigration était encouragée pour combler un besoin de main-d'oeuvre, aujourd'hui, elle compense la faible fécondité, prévient les effets du vieillissement de la population, maintient l'importance relative de la population québécoise au sein du Canada, dynamise l'économie, augmente le nombre de contribuables, assure les rentes d'une population vieillissante et attire une main-d'oeuvre déjà formée et des capitaux étrangers.

L'apport de cette immigration dépasse toutefois, et de loin, les seules préoccupations économiques et démographiques. L'immigration alimente continuellement la pluralité culturelle et ethnique qui désormais caractérise de façon irréversible le visage d'une ville comme Montréal. Et c'est dans cette optique que s'inscrit ce document, considérant le pluralisme comme un phénomène social qui favorise la coexistence d'une multitude de façons de voir, de penser et d'agir, et qui estime obsolètes les solutions uniques basées sur l'idée d'une réalité absolue.

La diversité ethnique, culturelle et physique, dans le contexte migratoire actuel, est de plus en plus difficile à contourner pour la résolution de problèmes relatifs à l'état de santé de la population, et pour la réalisation de projets du domaine de la santé publique. L'intérêt accordé à la diversité ethnique et culturelle est d'ailleurs grandissant chez les planificateurs. Ce qui est peu surprenant, car de plus en plus on constate que la prévalence de problèmes de santé varie d'un groupe ethnique à l'autre, tout comme l'utilisation des services. Dès lors, il est légitime de se questionner au sujet des influences culturelles et sociales en tant que déterminants potentiels de la santé. Parmi ces influences, notons les conceptions différentes de la santé, les écarts culturels parfois marquants avec les valeurs véhiculées au sein des institutions et le processus migratoire susceptible d'exacerber certains problèmes de santé.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 16

Diverses démarches ont déjà été entreprises au Québec auprès des populations immigrantes et des groupes ethniques pour améliorer l'accessibilité des services sociaux et de santé. Au cours des années, beaucoup a été fait afin de développer un soutien linguistique adéquat, ainsi qu'un réseau d'interprètes efficace. Des formations massives ont eu lieu auprès des intervenants en lien direct avec la clientèle, des politiques d'accessibilité ont été élaborées, des mesures de discrimination positive pour l'embauche d'intervenants issus de divers groupes ethniques ont été mises de l'avant.

Néanmoins, peu de formations destinées au personnel cadre ont été réalisées, et peu d'investissements ont été faits pour le développement d'outils de gestion adéquats en contexte de diversité culturelle. Finalement, peu a été fait en ce qui a trait aux démarches évaluatives de l'adaptation culturelle des services en contexte pluriethnique et aucun investissement, à notre connaissance, n'a été attribué pour la planification et la programmation des services sociaux et de santé dans un contexte pluriethnique.

C'est du désir de combler certaines de ces lacunes qu'est née l'idée de produire ce document qui cherche à intégrer aux orientations de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (DSP) le souci du pluralisme et une vision associant santé, culture et ethnicité. Rappelons que la DSP a pour mandat légal :

*D'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, conduire études et recherches à cette fin ;*

*D'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;*

*D'assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé au bénéfice de l'ensemble des programmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997).*

À ces mandats, donc, vient s'arrimer la dimension culturelle qui devrait être présente dans toutes les sphères d'action de la santé publique. Le présent document se veut une réflexion à ce sujet, en soulignant les principaux enjeux et les principales limites d'une prise en compte de la diversité culturelle dans le cadre de l'application de ces mandats bien spécifiques.

Le but premier de ce document est donc de servir d'outil de référence aux professionnels concernés de près ou de loin par les tâches de planification, de programmation, de recherche ou d'évaluation des services sociaux et de santé. En second lieu, il a aussi pour but de soutenir l'élaboration de projets

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 17

relatifs à l'utilisation de concepts liés à la culture, à l'immigration, à l'ethnicité et à la réalité interculturelle.

Troisièmement, on peut dire que ce document vise à maintenir une réflexion sur les enjeux et les limites sous-jacents à l'utilisation de ces concepts pour l'élaboration de projets de recherche, de campagnes de promotion, de mesures de protection ou de programmes d'intervention.

En somme, il cherche à sensibiliser les responsables de projet aux moyens actuellement utilisés afin d'ajuster les efforts de santé publique à la réalité pluraliste, tout en abordant les problèmes méthodologiques et éthiques qui y sont reliés.

Ceci dit, les responsables de projet, d'évaluation et de programmation du domaine de la santé publique constituent les premiers lecteurs visés par cet ouvrage. Néanmoins, les coordonnateurs d'équipe ou de service qui désirent prendre en compte la réalité pluraliste lors de la conception des projets sauront également en tirer profit, nous l'espérons, tout comme les administrateurs qui désirent trouver des moyens pour documenter le profil des clientèles desservies.

Ce document a été élaboré à la lumière de besoins recueillis auprès de professionnels et de gestionnaires de la santé publique, mais nous espérons que d'autres organisations pourront en bénéficier comme les Centres jeunesse, les instituts d'enseignement, les Centres de recherche intéressés par la diversité culturelle et tout autre institution qui a des tâches de planification, de programmation, de recherche et d'évaluation.

Finalement, les professionnels concernés par la diversité culturelle dans des régions comme Valleyfield, l'Abitibi, le Grand-Nord ou Sept-Îles pourront également s'inspirer du contenu présenté pour l'adapter aux réalités autochtones. Est-il nécessaire de rappeler que déjà bien avant la colonisation européenne existait chez les peuples autochtones une véritable mosaïque culturelle dont on oublie souvent l'importance. Cet ouvrage, toutefois, n'aborde pas le cas des populations autochtones et s'attarde à la diversité culturelle par le truchement des groupes ethniques et des populations immigrantes. Il s'agit ici d'un choix, car parler de diversité culturelle concerne la population dans son ensemble, tant d'immigration récente qu'ancienne. Si certaines préoccupations concernent exclusivement les populations immigrantes plus récentes et les groupes ethniques, d'autres peuvent être transposées aux populations hôtes et aux populations autochtones, contribuant elles-mêmes, et largement, au pluralisme contemporain.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 18

Les lecteurs trouveront, dans le premier chapitre intitulé *Pluralité sociale et pluralité des mots*, une revue critique des notions de culture, de race et d'ethnicité ainsi que des phénomènes migratoires, d'intégration et d'acculturation. Divers concepts corollaires à la culture et à l'ethnicité, comme ceux de communautés culturelles ou de minorités visibles, y sont également abordés. En fin de chapitre, les revers de l'immigration et de la diversité culturelle, tels le racisme, la discrimination, la ségrégation et les conflits de valeurs, sont discutés.

Le second chapitre s'attarde aux liens étroits qui existent entre *Culture et santé*. Les auteurs y proposent un regard critique sur les concepts propres à la santé, la validité transculturelle des concepts de santé, de maladie et de causes des maladies. Ensuite, est abordée la variabilité des soins et des systèmes de santé dans divers pays par le biais de l'organisation des services et de leur accessibilité. Un aperçu des barrières à l'accessibilité des services à Montréal est également décrit dans ce chapitre avant de s'arrêter aux biais culturels présents dans les campagnes de promotion et de prévention.

Le troisième chapitre, traitant de la *Diversité culturelle en planification et en programmation*, propose un contenu qui s'inspire d'une série de rencontres avec des responsables de projet à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. On s'attarde entre autres aux influences sociales, culturelles et politiques derrière l'identification et la reconnaissance d'un problème de santé publique. La place accordée à la diversité culturelle lors des différentes étapes de planification d'un programme et lors de son implantation est également abordée dans ce chapitre. Finalement, ce chapitre se termine sur les avantages et les limites de l'approche interculturelle pour la planification, une des approches les plus présentes actuellement dans le milieu de la santé.

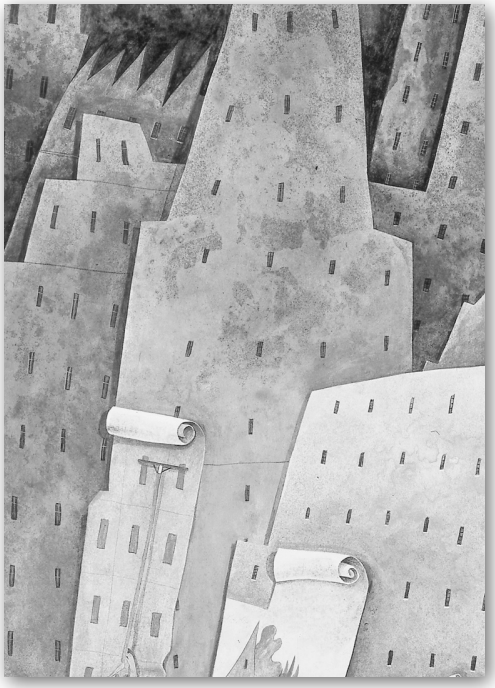
Le quatrième et dernier chapitre, *Des concepts aux chiffres*, présente des indicateurs ethniques couramment utilisés en santé publique pour documenter l'état de santé et de bien-être de la population. Les concepts retenus sont ceux d'allophone, d'immigrant, de groupe ethnique, de communauté noire et d'appartenance religieuse. Les fichiers étudiés sont le recensement de Statistique Canada et les fichiers de naissances et de décès du Québec. Les indicateurs y sont présentés sous forme de fiche synthèse afin d'en faciliter la lecture et l'utilisation. Une analyse critique de la fiabilité et de la validité de ces indicateurs permet de guider le lecteur dans ses choix. Cet exercice aurait pu être appliqué à un plus grand nombre de fichiers, mais l'ampleur de la tâche a naturellement imposé certaines limites. Toutefois, telle que présentée, l'analyse critique de ces fichiers peut très bien être reproduite pour d'autres fichiers.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 19

Dans son ensemble, cet ouvrage devrait s'ajouter aux écrits qui tentent d'établir un lien tant théorique que pratique entre santé, société et culture. Il s'agit là d'un pari qui est loin d'être gagné, car il tient entre autres à la possibilité de remettre en question des certitudes solidement ancrées dans nos institutions.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 20

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 21



CHAPITRE 1

# Pluralité sociale et pluralité des mots

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 22

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 23

*CHAPITRE*

# 1 PLURALITÉ SOCIALE ET PLURALITÉ DES MOTS

***Alex Battaglini***

Il existe un nombre important de termes et de notions visant à rendre compte de la réalité socioculturelle au Québec : minorités visibles, néo-Québécois, allophones, communautés culturelles ou groupes ethniques. S'y retrouver n'est pas toujours une chose facile. De plus, l'utilisation parfois inconstante qui en est faite dans les milieux politiques et scientifiques entretient une certaine confusion. Il en va de même pour les notions d'intégration, d'assimilation et d'acculturation. Pourtant, ces notions, et les définitions qui les accompagnent, ne sont pas neutres et véhiculent leur lot de significations qui peuvent se refléter dans les actions politiques et économiques à l'avantage des uns et au désavantage des autres (Bauer, 1994).

Dans ce premier chapitre, nous tenterons donc d'éclaircir certaines notions fréquemment utilisées avant d'en cerner l'utilité dans le cadre des services sociaux et de santé.

## *CULTURE, RACE ET ETHNICITÉ*

*Il est malheureux, qu'encore aujourd'hui, il soit nécessaire de se rappeler que les termes d'identité concernant l'ethnicité ne sont pas des étiquettes fixes que l'on peut assigner à des peuples du monde selon des principes zoologiques. Ces termes sont des créations sociales. Loin d'être des catégories immuables, ces étiquettes issues de l'ethnicité varient dans le temps et dans l'espace selon le contexte social et politique.* (Traduction libre de Bhopal et coll., 1991: 244).

Les concepts que nous abordons ici ont fait l'objet de nombreux écrits et n'ont d'égales en termes de complexité que les réalités qu'ils tentent de décrire. En raison des objectifs de ce guide, nous ne pouvons en offrir qu'une vision partielle.

## *NOTION DE CULTURE*

Bien que la notion de culture ait permis une accumulation importante de savoir sur la diversité humaine, elle demeure une notion floue, redéfinie à maintes reprises et se prêtant à de nombreuses critiques (Chalifoux, 1993; Perras et Boucher, 1993).

*La culture est mouvante, dynamique, expansive et ne peut se réduire à la notion d'ethnicité*

En fait, la plupart des auteurs s'entendent pour dire que la culture représente un mode de vie et un ensemble de réponses à l'environnement partagés par les membres d'un même groupe. Toutefois, au sein d'un groupe, ou encore d'une communauté, elle n'est ni statique, ni homogène et elle évolue continuellement.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 24

La culture est par définition *dynamique*, car elle se *transforme* sans cesse selon une série de relations et de processus sociaux. Dès lors, on ne saurait prétendre qu'il existe des frontières culturelles rigides, car non seulement les traits culturels se transforment, mais ils se partagent, et rarement sont-ils exclusifs à un seul groupe. Certains éléments ou traits culturels serviront d'ailleurs à se définir et à se distinguer des autres, nous parlerons alors d'ethnicité.

La culture a également un caractère paradoxal, en ce sens qu'elle a simultanément une signification plurielle et universelle. Plurielle, car il existe une multitude de cultures distinctes qui diffèrent d'une société à l'autre et à l'intérieur même d'une société; universelle, car elle est le propre de l'humain, et qu'il n'existe pas de société sans culture (Chalifoux, 1993).

D'un point de vue plus pragmatique, on peut dire aussi de la culture qu'il s'agit d'idées, de valeurs et de comportements appris par notre entourage, nos parents, nos amis, etc., et partagés, non sans certaines variantes, par un ensemble d'individus. En fait, une grande partie de ce que nous faisons, pensons et percevons est fondée sur des traditions, des valeurs et des idées partagées par un ensemble d'individus. Le type de vêtements que l'on porte, notre façon de manger, de faire la queue pour prendre l'autobus ou encore notre approche de la santé et de la maladie, sont autant d'exemples d'un apprentissage culturel. Cet apprentissage est d'ailleurs si marquant qu'une des caractéristiques propres à toute culture, nous dit Bibeau et coll. (1992), est de se percevoir et de se présenter comme une évidence. Il s'agit d'une tendance ethnocentrique faisant en sorte que les biais culturels empruntent la forme d'évidences universelles, ce qui est d'autant plus frappant en situation de dominance politique comme cela peut être le cas entre groupes majoritaires et minoritaires, populations de souche et immigrantes.

**Composantes culturelles**

- ***Culture matérielle*** : habitations, outils, ornementations, etc.
- ***Langage et communication*** : verbal, non verbal, les signes et symboles, les codes de politesse, etc.
- ***Organisation sociale*** : division du travail, système de parenté, mariage, normes, statuts, rôles sexuels et familiaux, propriété, etc.
- ***Organisation politique*** : organisation de la communauté, institutions, lois et règles, classes ou castes, rapport hiérarchique, etc.
- ***Violence*** : meurtre, adultère, règlement de compte, etc.
- ***Culture expressive*** : musique, danse, poésie, décoration, sens de l'esthétique, art, etc.
- ***Système interprétatif*** : système de nombre, éthique, technologies, conception du monde et des lois de l'univers, de la santé, etc.
- ***Religion, croyances*** : conception de l'âme, des divinations, de l'au-delà, du magique, etc.

Cette tendance ethnocentrique, propre à toute culture, peut faire entrave à l'appréciation des variations culturelles, surtout lorsqu'il y a banalisation de la différence. Or, cette différence est particulièrement perceptible à la lumière des composantes culturelles dites universelles. Par exemple, sans vouloir être exhaustif, on peut dire qu'au sein de toutes les cultures se trouvent un langage verbal et non verbal, une conception de l'univers, de la nature et de la santé, une organisation sociale et politique qui correspond à des croyances, des valeurs et une histoire singulière. Ces composantes et ces manifestations culturelles, considérées comme universelles, nous rappellent que

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 25



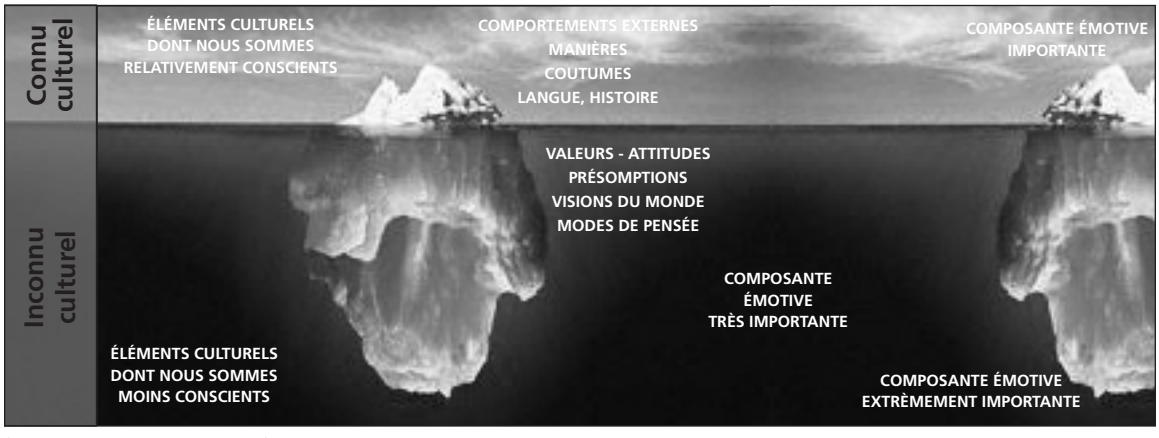
les différentes façons de faire et de penser reposent sur autant de rationalités et de systèmes de valeurs différents.

Aussi, peut-on dire, aucune représentation du monde, même scientifique, ne peut être considérée pure ou comme étant une image objective de la réalité. Les concepts que nous utilisons, les façons de classifier les choses et de comprendre le monde ne vont pas de soi, et ne sont des évidences que pour ceux faisant partie du cadre culturel où ils ont été élaborés. Ils représentent une vision spécifique qui se situe dans une réalité ouverte à de multiples interprétations (Corin, 1995).

*La culture intériorisée et la culture observable.*

Barth parlerait ici de noyaux culturels par opposition aux aspects plus superficiels de la culture, c'est-à-dire les aspects visibles, à la limite du folklore et regroupant manières et coutumes. Kluckhohn (1961) nous propose une piste similaire en distinguant de la culture observable, la culture intériorisée (figure 1). La culture observable serait directement liée aux comportements, soit les aspects d'une culture qui nous sautent aux yeux : la langue, les rites, les manières, les coutumes, l'histoire, etc. La culture intériorisée, plus difficile à saisir, relèverait, quant à elle, des représentations, des valeurs, d'une vision du monde et des attitudes. Ces représentations caractérisent les membres d'un ensemble social, mais sont continuellement façonnées par le contexte social, économique, politique et migratoire. En fait, le caractère intériorisé de la culture se veut dans une certaine mesure explicatif de la culture observable (Battaglini et Gravel, 1998).

**Figure 1**
**Niveaux d'influence de la culture: analogie de l'iceberg d'après Clyde Kluckhohn**




(Inspirée de Kluckhohn 1961)

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 26

*L'hétérogénéité sociale rappelle qu'il n'y a pas qu'un seul système de valeurs partagé par les membres d'une société.*

Ajoutons qu'il est essentiel de ne pas minimiser l'importance de l'hétérogénéité sociale, c'est-à-dire qu'il n'y a pas qu'un seul système de valeurs partagé par les membres d'une société, mais plusieurs qui se contredisent ou s'opposent. Ces systèmes peuvent varier selon la position sociale, le statut, le sexe, l'âge, etc. (Chalifoux, 1993).

Historiquement, plusieurs ont tenté d'élaborer une classification reflétant la diversité culturelle. Une des plus anciennes est la typologie raciale s'appuyant sur des aspects extérieurs, voire physiques, de cette diversité.

## *DIVERSITÉ CULTURELLE ET TYPOLOGIES RACIALES*

Il a longtemps été coutume de ranger la diversité humaine selon les typologies raciales[1], lesquelles sont définies sur la base de traits physiques comme la couleur de la peau, des particularités faciales, la forme des cheveux, etc. Aussi, croyait-on que les traits physiques, attribués à un groupe d'individus ou à une « race », n'étaient pas partagés par les autres groupes « raciaux ». Cette exclusivité physique et biologique a également revêtu une signification sociale et psychologique permettant de produire des modèles de comportement tout autant exclusifs. Ce sont ces modèles qui longtemps ont alimenté les thèses évolutionnistes ayant pour postulat la supériorité de certaines races (Chalifoux, 1993; Bauer, 1994; Smaje, 1995; Massé, 1995).

*Limites des typologies raciales pour rendre compte de la diversité culturelle.*

Depuis les études de l'anthropologue Franz Boas, au début du siècle, l'utilité des catégories raciales pour rendre compte de la diversité culturelle a été sérieusement mise en doute. En effet, ces catégories cachent d'importantes variations « intraraciales ». Les individus inclus dans une même catégorie, par exemple les « Noirs », sont originaires de plusieurs régions du monde, pratiquent des religions fort différentes, ne parlent pas la même langue, présentent des habitudes de vie et des valeurs différentes et s'identifient à des histoires particulières (Massé, 1995). Ce type de catégories, tout comme certains termes génériques, tels « Asiatique » ou « Africain », nous incitent à produire des généralités sur des populations particulièrement complexes (Bhopal et coll., 1991; Stocking, 1973 : 48).

*Certains termes génériques nous incitent à produire des généralités sur des populations particulièrement complexes.*

Si les typologies raciales ne peuvent rendre compte adéquatement de la diversité humaine par des observations phénotypiques (physiques), sont-elles plus crédibles lorsque l'argument génétique est utilisé ? Soulignons d'abord que pour qu'il y ait races humaines, il devrait y avoir une dissemblance génétique importante entre populations de nations différentes. Or, plusieurs ont constaté, au contraire, une continuité génétique des populations humaines (Jacquard, 1978; Gould, 1977; Miles, 1982). Les caractéristiques physiques observables représentent une part minime du bagage génétique et ces études semblent démontrer que les variations génétiques peuvent être plus importantes entre deux individus appartenant à une même « race », qu'entre populations de nations éloignées (Jacquard, 1978; Gould, 1981; Hill, 1989).

[1] Cuvier, en 1790, élabora l'une des premières typologies des races humaines en se basant sur des observations phénotypiques (caractéristiques physiques extérieures). Ses observations ont donné naissance, principalement, à trois catégories raciales : mongoloïde, négroïde et caucasoïde (Gould, 1981).

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 27



La grande majorité des chercheurs ont abandonné les typologies raciales depuis longtemps. En fait, la persistance de la notion de race repose plus sur une signification sociale et politique que sur une quelconque réalité biologique (Perras et Boucher, 1993; Bauer, 1994; Smaje, 1995).

*La persistance de la notion de race repose plus sur une signification sociale et politique que sur une quelconque réalité biologique.*

Les différences physiques sont devenues des caractéristiques qui peuvent être utilisées par des individus pour se différencier des autres, au même titre que la langue, la religion, le territoire ou encore l'histoire. En ce sens, la notion d'*ethnicité* tend à remplacer celle de race, puisqu'elle est plus sensible à la variabilité des populations humaines et à la construction identitaire.

## *La notion d'ethnicité*

L'ethnicité, selon Barth, est « un processus d'organisation sociale où un groupe utilise des traits culturels pour se distinguer des autres » (Barth, 1969). Dans cette optique, les différences phénotypiques (ou physiques) ne représentent que des éléments de différenciation, parfois très marquants il est vrai (Wallman, 1986 : 229), mais qui doivent être considérés au même titre que d'autres marqueurs d'ordre culturel, religieux, linguistique ou territorial. À l'instar de Barth, il est de plus en plus reconnu que les caractéristiques particulières utilisées par les membres d'un groupe pour se démarquer des autres et définir ou affirmer leur *identité ethnique* constituent une construction sociale. Cette construction représente généralement une référence à l'histoire symbolisant un héritage commun, mais aussi un choix fait par un individu en fonction de ses ancêtres ou de ses origines, de ses caractéristiques physiques, de ses croyances religieuses, de sa culture, de sa langue d'usage et de sa relation avec la culture de la population hôte. Il s'agit d'un choix subjectif et pratiquement impénétrable par la seule observation (Aspinall, 1997 : 690).

*La notion d'ethnicité : « une construction sociale ».*

À cette identité ethnique affirmée, nous pouvons ajouter la notion d'*identité attribuée*, relative à la perception des autres (population en général, chercheurs, etc.). Bien que l'*identité attribuée* ne corresponde pas nécessairement à l'*identité ethnique*, elle rejaillit sur les conditions de vie d'un individu par le biais de la discrimination, des différences de statut socio-économique et par d'autres formes de racisme auxquelles sont confrontés les membres de certains groupes ethniques. Un pourcentage important des différences observées entre groupes ethniques sur les plans de la morbidité et de la mortalité sont en effet reliées aux conditions de vie découlant des conséquences de l'identité attribuée (Aspinall, 1997).

*L'identité attribuée ne correspond pas toujours à l'identité ethnique ou affirmée.*

### *Variation ethnique*

L'identité ethnique est un processus à la fois *mobile* et *contextuel.* Pour illustrer la mobilité, notons simplement l'exemple suivant : *African American*, qui succède à

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 28

*Black American*, représente un terme apparemment plus acceptable pour les nouvelles générations noires aux États-Unis, tout en imposant une nouvelle vision historique de leur identité (Bhopal et coll., 1991).

Dans un même ordre d'idées, l'appartenance ethnique est contextuelle, c'est-à-dire qu'elle peut varier selon le lieu et la situation économique et politique. Par exemple, Manson (1990) nous parle du cas des Sikhs Punjabi qui se considéreront comme Noirs dans leur expérience du racisme, comme Asiatiques pour se distinguer des Noirs et, finalement, comme sikhs par rapport à la pratique religieuse pour se distinguer des Indiens pratiquant l'hindouisme.

Ceci dit, le côté ambigu et subjectif de l'identité ethnique peut représenter un défi majeur lorsque l'on veut catégoriser les gens et faire des comparaisons. À titre d'exemple, notons les difficultés rencontrées afin de constituer les banques de données en santé publique. Une étude de Janet et coll. (1996) portant sur les banques de données de surveillance nationale du VIH dans 11 États américains et sur les certificats de décès dans 16 États, a démontré que pour certains groupes « raciaux » et « ethniques », la classification peut différer substantiellement selon l'État et selon la banque de surveillance. Une certaine constance a été perçue pour les Blancs et les Noirs, mais les données concernant les personnes de langue espagnole, les Amérindiens et les Asiatiques se sont révélées totalement inconsistantes d'un État à l'autre. Les méthodes et les indicateurs utilisés semblent être à la source de ce problème. Il y aura en effet une variation importante si, par exemple, la classification est faite visuellement par un commis ou rapportée par le client et, finalement, selon la question et les catégories retenues pouvant être l'origine, la descendance, l'ethnicité, etc. En conséquence, cette étude soutient que ces inconsistances donnent un caractère approximatif aux projections épidémiologiques au sein des communautés.

## *Santé et ethnicité*

*La santé est largement déterminée par des facteurs associés à l'ethnicité.*

Il est reconnu que la santé est influencée par des facteurs associés à l'ethnicité. Nous entendons ici par facteurs associés à l'ethnicité, des caractéristiques propres aux membres d'un groupe et qui représentent pour eux des éléments distinctifs de leur identité. Ces facteurs reflètent des valeurs, des croyances, des pratiques et des particularités biologiques et génétiques. Ils peuvent être considérés comme des déterminants de la santé si l'on reconnaît qu'ils sont reliés à la santé et au bien-être, à l'environnement social, culturel et physique, aux habitudes de vie, à l'utilisation des services de santé formel et informel, à la façon de concevoir la maladie et aux valeurs éducatives.

Il est fréquent, selon Smaje (1995), que ces facteurs associés à l'ethnicité soient ignorés et qu'un raccourci soit emprunté pour établir un lien direct entre problèmes de santé et ethnicité. Dans le passé, cela s'est produit, par exemple, lorsque le VIH a été associé à la communauté haïtienne. Une solution simple pour

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 29



éviter de réduire ainsi la santé à l'ethnicité serait d'examiner uniquement les déterminants directs de la santé (Sheldon et Parker, 1992).

En d'autres termes, il ne suffit pas de penser que des personnes appartenant à un groupe ethnique sont plus ou moins exposées que d'autres à des déterminants particuliers. Il importe de faire un pas de plus pour considérer l'implication concrète de leur identité ethnique, c'est-à-dire que par l'effet de rapports sociaux elle peut influencer directement leur position sociale et économique, leur statut, bref, leur niveau de vie. En ce sens, on peut certes supposer que l'identité ethnique influence substantiellement l'exposition à des déterminants de la santé (Smaje, 1995).

*Un écart important existe entre le processus identitaire et les catégories scientifiques, populaires ou politiques.*

Smaje (1995) suggère donc de distinguer dans nos approches les deux réalités que nous avons mentionnées plus tôt : l'*identité ethnique*, qui repose sur un processus personnel (subjectif) et l'*identité attribuée* ou la *catégorisation* (ethnique, culturelle ou raciale) exercée par la population en général mais aussi par les chercheurs. Il existe parfois un écart important entre l'identité ethnique telle que conçue par un individu et la catégorie qu'on peut lui attribuer. Et, bien sûr, cet écart constitue une source de confusion et parfois d'erreurs (Sheldon et Parker, 1992).

L'utilisation de ces catégories comporte certes des limites dans la mesure où elles figent des constructions idéologiques mouvantes en plus d'être imposées à des personnes qui n'y adhèrent pas nécessairement (Sheldon et Parker, 1992 : 105). En contrepartie, ces catégories attribuées peuvent être révélatrices de certains modes d'utilisation des services de santé et mieux rendre compte des différences de l'état de santé entre groupes ethniques. Plusieurs auteurs, dont Smaje (1995), supposent même que l'identité qu'on s'assigne soi-même a moins d'impact sur notre condition de vie que celle qu'on nous attribue. En somme, il est pertinent de considérer l'identité ethnique (subjectivement définie) pour la compréhension des déterminants psychosociaux et des mécanismes d'adaptation ou d'insertion (réseau, langue d'usage, travail, logement, etc.), alors que les catégories attribuées peuvent représenter de meilleurs indicateurs des différences de santé entre les groupes (Aspinall,1997).

*En plus d'être imposées à des personnes qui n'y adhèrent pas nécessairement, l'utilisation de catégories peut figer des constructions idéologiques, voire alimenter des stéréotypes.*

L'importance pour la santé publique de mieux comprendre et cerner les modèles de comportement relatifs à la santé, l'utilisation des services et la conception de la maladie, ainsi que de mieux cibler des populations qui sont plus à risques, rend les catégories attribuées utiles malgré leurs faiblesses.

Bien que la validité et la fiabilité des indicateurs disponibles dans les différentes banques de données soient analysées en profondeur au quatrième chapitre, notons ici, brièvement, que ces banques comportent quelques pièges relatifs à la notion d'ethnicité et qu'une grande prudence est de mise lorsqu'elles sont utilisées dans une perspective épidémiologique afin de définir des problématiques et des priorités d'action :

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 30

1) La notion de race, toujours présente dans les données statistiques, englobe plusieurs groupes ethniques et se confond à d'autres notions telles que minorité visible.
2) La multitude de méthodes de classification et de collecte de données utilisées réduit les possibilités de comparaison.
4) Les efforts pour rendre compte des diversités culturelles ont donné lieu à plusieurs types de classification où se confondent plusieurs concepts distincts comme ceux d'ethnicité, de race, de pays d'origine et d'appartenance religieuse.
3) Les données ne peuvent tenir compte de la mobilité et du caractère contextuel de l'ethnicité.
5) Les données traduisent des généralités (par des catégories trop génériques) qui rarement peuvent rendre compte de la subtilité des comportements.
6) Les catégories de classification sont le reflet de la conjoncture historique, économique et politique.

## *Les concepts de communauté et de minorité*

**Droits civils et politiques**

« Dans les États où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, les personnes appartenant à ces minorités ne peuvent être privées du droit d'avoir, en commun avec les autres membres de leur groupe, leur propre vie culturelle, de professer et de pratiquer leur propre religion, ou d'employer leur propre langue » (article 27 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques de l'ONU, cité in Bauer, 1994).

De tout temps, les populations locales ont utilisé une pléthore de termes pour se distinguer des immigrants. Aussi, peut-on dire avec Bauer que « chaque État a sa propre mythologie [...] pour créer un idéal auquel puissent se référer tous les citoyens » (Bauer, 1994 : 15), et à partir de laquelle on définit les autres. Au Canada, ce mythe a trait à ce que l'on appelait autrefois les « races fondatrices », devenues aujourd'hui les « peuples fondateurs ». Par extension, les autres sont définis comme minorités ou communautés en fonction de certains critères, culturels ou autres, et représentent ceux qui n'appartiennent pas aux peuples fondateurs (Bibeau et coll., 1992 : 23).

*La notion de minorité introduit une signification politique.*

D'un point de vue général, il est important, d'après Perroti (1986), de bien distinguer les « communautés immigrées » des « minorités ethniques ». La notion de minorité introduit une signification politique qui fait d'une minorité ethnique, ou d'une partie de celle-ci, un groupe solidaire partageant un ensemble de revendications politiques. D'ailleurs, la définition du pacte international relatif aux droits civils et politiques donne une reconnaissance juridique aux minorités depuis le début des années 1970[2].

Dans la littérature, le concept de minorité est, avant tout, lié au processus de formation de la nation, processus qui peut être marqué par des mouvements historiques distinctifs : le mouvement nationaliste, les conquêtes, l'esclavage, la colonisation ou l'immigration (Perroti, 1986). Cette différence de contexte socio-historique n'est pas sans incidence sur les rapports majorités-minorités. À cet égard, les relations entre Français, Anglais et Autochones au cours de l'histoire du

[2] Le pacte international relatif aux droits civils et politiques a été adopté par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies le 16 décembre 1966 mais n'est entré en vigueur que le 23 mars 1976 après avoir obtenu le nombre minimum de ratifications exigé.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 31



Québec ont façonné notre perception des minorités qui se distingue des définitions internationales et même nationales.

### *Variation du concept de minorité*

*La perception des minorités varie d'un lieu à l'autre.*

Il est utile de préciser que la notion de *minorité* n'est pas perçue de la même manière des deux côtés de l'Atlantique. Si, en Europe occidentale, la tendance est de l'utiliser au sens juridique, au Canada et aux États-Unis, elle est perçue de manière sociologique ou socio-politique. Plus précisément, en Europe, l'idée de minorité est associée à la notion d'ethnie et rappelle la définition de Weber (1971) insistant sur l'aspect subjectif et volontaire de l'ethnicité. En Amérique du Nord, bien que le caractère volontaire soit reconnu, on considère également l'aspect involontaire (caractéristiques physiques entre autres) de l'appartenance à un groupe comme un facteur affectant les conditions de vie d'un individu, comme par exemple les populations noires victimes de discrimination.

*Si, en Europe, l'idée de minorité est associée à la notion d'ethnie, en Amérique du Nord, elle désigne souvent un groupe victime de discrimination.*

Par conséquent, en Amérique du Nord, les minorités désignent souvent un groupe victime de discrimination pour lequel il devient important d'établir des politiques nationales d'aide. À cet effet, notons *la Loi sur l'équité en matière d'emploi* adopté en 1986 et visant à réaliser « [...] l'égalité en milieu de travail de façon que nul ne se voie refuser d'avantages ou de chances en matière d'emploi » (ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, 1990). Quatre groupes ont été désignés aux termes de la Loi, soit les femmes, les autochtones, les personnes handicapées et les personnes appartenant à une minorité visible au Canada. Cette définition est toutefois bien relative si l'on pense qu'en Afrique du Sud le groupe opprimé et victime de discrimination est démographiquement majoritaire (Goggin et Gravel, 1990). En résumé, le concept de minorité reflète plutôt des conditions sociales qu'une réalité démographique.

*Du concept de race à ceux de communauté, d'ethnies et de culture.*

La notion de minorité comporte donc des fonctions politiques et nous rappelle que le concept de race n'est pas totalement disparu, et ce, même si les principales distinctions entre populations immigrantes et locales ne relèvent pas tant de l'apparence physique que de la culture. Certes, un langage apparemment plus sophistiqué est né, remplaçant des termes comme « immigrants noirs » par « Haïtiens » ou « Africains » et leur reconnaissant des cultures collectives différentes, aussi différentes entre elles qu'elles ne le sont de celles des populations indigènes. Mais les différences culturelles sont souvent perçues comme jadis les races, c'est-à-dire permanentes et héréditaires (Bauer, 1994; Perras et Boucher, 1993; Smaje, 1995).

À cet effet, les termes « communauté noire » et « minorité visible » sont des exemples contemporains d'une conception raciale de la diversité humaine, car ils interpellent des caractéristiques involontaires d'appartenance à un groupe. Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, certains groupes récupèrent ces catégories qu'on leur attribue à des fins revendicatrices (de meilleures

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 32

conditions sociales et économiques, lutte contre le racisme, etc.), et ce même si elles ne reflètent que partiellement leur propre identité. Paradoxalement, au moment où la notion de race est de plus en plus évacuée par les scientifiques, elle est reprise par ceux-là mêmes qu'elle a stigmatisés. Le mouvement identitaire *Black Power* en est un bel exemple (Noivo et coll., 1996).

### *Perception canadienne de la pluralité culturelle*

L'évolution de la perception des minorités au Canada au cours des dernières années est passée d'une nomenclature géographique et raciale à une définition se rapprochant de la perception européenne où « l'ethnie se définit essentiellement par la culture, la langue et la volonté exprimée par les membres d'appartenir à ces ethnies » (Bauer, 1994 : 19).

*Lorsqu'on parle de minorités visibles, nous sommes loin d'un groupe homogène sur les plans ethnique ou historique.*

Au cours des années 1970, des incidents de nature raciste ont poussé le gouvernement à revoir ses définitions constatant que des traits totalement involontaires, comme la couleur de la peau, ne relèvent absolument pas d'une vision volontariste. Puis, au cours des années 1980, plusieurs études ont révélé que les personnes originaires de pays en voie de développement subissaient un taux de chômage plus élevé et que pour un travail égal elles gagnaient moins que les autres Canadiens. Ainsi est né le concept de minorité visible défini ultérieurement à la Chambre des communes par un comité spécial sur la participation des minorités visibles à la vie canadienne dans un rapport intitulé *L'égalité ça presse!* :

*Les minorités visibles sont les non-Blancs qui ne participent pas à part entière à la société canadienne[...]. Minorités visibles englobent les membres des Premières Nations et les Métis, de même que les Canadiens originaires des pays africains et arabes, de la Chine, de l'Inde, du Pakistan, du Japon, de la Corée, de l'Asie du Sud-Est, de l'Amérique latine, des Îles du Pacifique, des Antilles et des Philippines. (L'égalité ça presse !, 1984, in Bauer, 1994 : 19).*

Cette définition indique que ceux qui ne sont pas blancs de peau, comme la majorité, sont visibles. Elle met donc tous les non-Blancs dans le même sac, sans considérer qu'il ne s'agit pas d'une catégorie homogène sur les plans culturel, ethnique ou historique. Toutefois, le Règlement qui accompagne la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, en vigueur depuis le 24 octobre 1996, définit les minorités visibles comme étant toutes les personnes « autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (Gazette du Canada partie II, 1996 : 23). Ceci dit, la visibilité ne serait plus un critère suffisant. Ici, les Autochtones représentent un cas à part pour des raisons historiques et politiques, bien qu'ils soient visiblement distincts, et victimes de discrimination.

*Les minorités linguistiques.*

À la notion de minorité visible s'ajoute la confusion relative à la *minorité linguistique :* « On peut être de langue française ou anglaise sans pour autant appartenir aux deux peuples fondateurs et, inversement, on peut être membre

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 33



d'une minorité de langue française ou anglaise tout en étant minoritaire pour des raisons raciales, ethniques, religieuses, culturelles, etc. » (Bauer, 1994 : 20). Le concept d'allophone, fort populaire dans les médias, ne règle pas la question. En effet, les allophones sont définis comme étant des personnes dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais. Or, même si elles peuvent s'exprimer dans l'une de ces deux langues, elles demeurent des allophones si leur langue maternelle est autre. Du point de vue opérationnel et statistique, il importe d'interpréter ce concept avec précaution, car il ne peut nous indiquer avec précision qui a accès ou non aux services sur le plan linguistique.

Les perceptions canadiennes reposent toutefois sur la toile de fond du multiculturalisme. En théorie, le multiculturalisme, tel que défini par le gouvernement fédéral, renvoie au maintien de l'identité culturelle des immigrants. C'est en préservant la diversité que serait construite une unité nationale. Le multiculturalisme fait toutefois l'objet de nombreuses critiques, surtout au Québec où l'on considère que cette vision des choses a essentiellement deux buts : se démarquer du modèle assimilationniste du *melting pot* américain, et banaliser la place du Québec dans le Canada en traitant la culture québécoise sur un pied d'égalité avec la culture des groupes d'immigrants (Rocher et coll., 1991). D'autres, comme Neil Bissoondath (1995), reprochent au multiculturalisme de folkloriser les cultures, ou encore de renforcer la dichotomie entre les Canadiens et les autres (Khan, 1993).

*Le multiculturalisme provoquerait, selon certains, des effets paradoxaux tels que la folklorisation des cultures et le renforcement de la dichotomie entre les Canadiens et les autres.*

## *Perception québécoise de la pluralité culturelle*

Au Québec, bien que la notion de minorité soit présente, c'est plutôt celle de communautés culturelles qui a longtemps dominé le discours. Il en existe de nombreuses définitions, mais la plupart identifient les communautés culturelles par la non-appartenance aux communautés d'origine française et britannique ainsi qu'aux peuples autochtones.

**Minorités culturelles**

*« Toute communauté distincte des Amérindiens, des Inuit et des communautés d'origine française et britannique, distincte pas ses caractéristiques physiques, par sa langue, par ses institutions, par ses coutumes, par ses croyances religieuses et par ses valeurs selon lesquelles elle structure son mode de vie. » Ministère de l'Éducation, Rapport du comité sur l'école québécoise et les minorités culturelles,* (Rapport Chancy), janvier 1985 (Bauer, 1994 : 23)

Depuis les années 1970, la notion de communauté culturelle a charpenté les politiques et les stratégies d'accessibilité aux services sociaux selon un axe essentiellement culturel (Jacob et coll., 1996). Helly (1996) distingue cependant trois périodes d'intervention gouvernementale vis-à-vis de la pluralité culturelle.

Vers la fin des années 70, la nouvelle Charte québécoise des droits de la personne faisait la promotion des droits à la différence culturelle et interdisait la discrimination ethnique. Avec le document *Autant de façons d'être Québécois : Plan d'action à l'intention des communautés culturelles*, paru en 1981, on désirait assurer le maintien des spécificités culturelles tout en favorisant l'intégration des immigrants et le rapprochement avec la majorité francophone. De 1985 à 1990,

*Au cours des années 1990, le discours se déplace vers des principes de convergence civique au détriment de ceux de différences culturelles.*

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 34

le gouvernement du Parti Libéral visait surtout l'insertion individuelle des immigrants plutôt que l'épanouissement des communautés culturelles. Finalement, à partir des années 90, le discours se déplace vers des principes de convergence civique au détriment de ceux de différences culturelles. Cette nouvelle orientation a entre autres pris sa forme actuelle dans le document intitulé *Au Québec, pour bâtir ensemble*. Les principes de la convergence civique, soit d'accorder une primauté aux citoyens, reposent sur un contrat moral entre tous les citoyens qui vise essentiellement à renforcer le sentiment d'identité collective. Ce contrat comporte entre autres des droits et des responsabilités tant pour l'immigrant que pour la société d'accueil.

*Ce sont maintenant les questions de participation et d'égalité qui retiennent l'attention plutôt que les questions relatives à la culture.*

Les implications de ces nouvelles orientations sont importantes dans la mesure où l'État vise désormais à intégrer des individus dans le but de développer une identité civique commune plutôt que de contribuer à maintenir des communautés culturelles. De fait, le terme « communautés culturelles » est de plus en plus évincé des documents officiels. Le Conseil des communautés culturelles est devenu le Conseil des relations interculturelles et le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration se nomme désormais le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration. Plus concrètement, ce sont maintenant les questions de participation et d'égalité qui retiennent l'attention plutôt que les questions relatives à la culture.

*Les notions de communautés ou de minorités culturelles ont continuellement évolué tant sur le plan politique que social.*

Plusieurs ont reproché aux politiques orientées par la notion de communautés culturelles de tout réduire à la culture et de ne pas tenir compte des conditions économiques, des enjeux politiques, du racisme, de la discrimination et du processus migratoire qui marquent la réalité des personnes migrantes. En contrepartie, on pourrait dire des orientations politiques actuelles qu'en s'éloignant de la reconnaissance des différences culturelles elles se rapprochent de politiques assimilationistes comme le *melting pot*. Force est de constater qu'au cours des dernières décennies les notions de communautés ou de minorités culturelles ont considérablement évolué tant sur le plan politique que social, et ce, non sans influencer l'expérience migratoire des personnes venant s'installer au Québec et au Canada.

## *LA MIGRATION : UN PROCESSUS COMPLEXE D'ADAPTATION ET D'INTÉGRATION*

*L'étranger n'est jamais simplement écartelé entre ici et ailleurs, maintenant et avant. Ceux qui se croient ainsi crucifiés oublient que rien ne les fixe plus là-bas et que rien ne les rive encore ici. Toujours ailleurs, l'étranger n'est nulle part.* (Kristeva, 1988 : 21)

*La migration représente une des expériences les plus marquantes de la vie d'un individu.*

Selon Bourdon et coll. (1989), « la migration peut être désignée comme le déplacement de populations d'une région à l'autre [...] mais aussi d'une société à l'autre ». La migration représente une des expériences les plus marquantes de la vie d'un individu. Le fait d'*émigrer*, de quitter des personnes importantes, de

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 35



quitter un environnement social, physique et culturel connu, constitue un ensemble de deuils que le migrant doit réaliser. Ces deuils sont par ailleurs vécus en situation d'*immigration*, c'est-à-dire où tout est à rebâtir, comme le réseau social et professionnel, où tout est à découvrir, comme un environnement, des institutions, une langue et une culture souvent inconnus. La migration est donc une expérience qui suppose une adaptation importante, tant physique que sociale et culturelle, et qui peut être analysée sous l'angle de l'intégration et de l'acculturation.

Ce processus comporte certes des avantages, mais aussi de nombreuses difficultés, notamment sur le plan de l'identité ethnique et culturelle et, parfois, sur le plan des relations « raciales ». Selon les antécédents culturels, historiques et personnels de chacun, le projet migratoire est vécu différemment, se concluant parfois avec succès, parfois non. Toutefois, le migrant n'est pas l'unique responsable de cet aboutissement, son expérience étant influencée, dès le départ, par les modalités d'immigration propres au pays d'accueil : les politiques d'immigration, les critères d'admissibilité et l'infrastructure lui permettant de s'installer.

### *L'importance de l'immigration pour le pays d'accueil*

*La façon dont sont accueillis les immigrants varie considérablement d'un pays à l'autre, tout comme la perception de ce que représente l'immigration.*

La façon dont sont accueillis les immigrants varie considérablement d'un pays à l'autre, tout comme la perception de ce que représente l'immigration. Au Canada, bien que les politiques humanitaires favorisent l'accueil de réfugiés, c'est surtout une vision *utilitaire* qui domine l'immigration : besoin démographique (ex. : compenser la faible fécondité et maintenir un poids démographique face au Canada) ou économique. Plus précisément, l'immigration sert à solutionner certains problèmes de main-d'oeuvre, de population, de capital financier, etc. (Bibeau, 1992 :15).

Ainsi, on peut dire que le pays d'accueil a un *projet migratoire* qui s'impose à celui du nouvel arrivant, marquant dans une large mesure les étapes qu'il traversera au cours de son installation. À cet effet, la grille de sélection des immigrants privilégiée par la politique d'immigration du Québec est représentative d'objectifs nationaux visant entre autres la pérennité de la langue française et la maximisation des retombées économiques (tableau 1). La sélection des travailleurs, par exemple, est faite à partir de facteurs tels que l'âge, la formation, les connaissances linguistiques et les possibilités d'emploi. Les critères de sélection variant selon la sous-catégorie d'immigration, les réfugiés seront sélectionnés en fonction de leur capacité d'intégration au Québec et les gens d'affaires selon leur

**Tableau 1 : Critères de sélection pour les travailleurs indépendants**

- *Instruction*
- *Formation professionnelle*
- *Capacité d'adaptation : qualités personnelles, motivation et Connaissance du Québec*
- *Emploi réservé au Québec*
- *Expérience de travail*
- *Pénurie de main-d'œuvre dans la profession du candidat*
- *Âge*
- *Connaissance de la langue française*
- *Présence de parents ou d'amis au Québec*
- *Situation du conjoint et des enfants*

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 36

*La population immigrante du Québec n'est pas le fruit du hasard, mais d'orientations politiques précises.*

capacité à réaliser leur projet et à y investir des capitaux. Par conséquent, la composition de la population immigrante du Québec n'est pas le fruit du hasard, mais d'orientations politiques favorisant des objectifs tantôt économiques, tantôt démographiques.

### *Les phases migratoires*

*Le processus d'adaptation.*

Toute personne en processus de migration vit une période plus ou moins longue d'adaptation qui sera largement tributaire de sa trajectoire migratoire. Tel qu'illustré au tableau 2, elle vivra d'abord une période d'*émigration* marquée par un ensemble de ruptures parfois importantes. Pendant cette période, des pertes matérielles et humaines seront assumées : parents et amis proches sont laissés derrière ainsi qu'un environnement social, physique et culturel familier. C'est dans cet esprit de rupture que sera d'abord vécue la période d'*immigration* et, par définition, d'adaptation.

**Tableau 2 : Phases migratoires**

| |
|---|
| **PHASE 1** *(émigrer)* |
| • Organisation instrumentale : vaccin, passeport, visa, etc.<br>• Circonstances motivant le départ : nécessité ou choix?<br>• Rupture affective, physique et culturelle. |
| **PHASE 2** *(transition physique, installation)* |
| • Difficultés pratiques : logement, lieux, espace.<br>• Période touristique : découverte des lieux.<br>• Contacts rares, superficiels et formels avec la société d'accueil.<br>• Réalité du pays d'accueil vs réalité idéalisée. |
| **PHASE 3** *(absorption des différences sociales)* |
| • Chocs culturels : travail, logement, éducation, etc.<br>• Apprentissage de nouveaux rôles, de nouvelles valeurs.<br>• Confronté à son choix d'émigrer.<br>• Risques pour la santé physique et mentale.<br>• Changements de rôle affectant la structure familiale. |
| **PHASE 4** *(ajustement)* |
| • Ajustement des comportements.<br>• Démystification de la société d'accueil. |
| **PHASE 5** *(intégration)* |
| • Adoption de comportements facilitant l'intégration.<br>• N'est pas atteinte par tous avec succès : facteurs personnels (habiletés linguistiques et professionnelles); facteurs sociaux (discrimination, etc.).<br>• Réalise la distance vis-à-vis de la culture du pays d'origine.<br>• Enracinement des enfants, conflits intergénérationnels.<br>• Réalise le caractère définitif de son choix.<br>• Ensemble de deuils à vivre. |

L'adaptation est un processus qui réfère aux capacités d'une personne confrontée à une situation nouvelle ou à un environnement nouveau. Dans un contexte migratoire, l'adaptation signifie la capacité de l'immigré à entrer dans des structures préexistantes et à en utiliser les moyens. L'adaptation apparaît alors comme un processus à sens unique et inévitable pour le migrant (changement de la part de l'immigré). Il s'agit, en quelque sorte, de repartir à zéro dans un environnement inconnu, de réapprendre les gestes quotidiens, de s'adapter à de nouvelles conditions de travail, de s'ajuster et de réagir à un nouveau système de santé, de reconstruire un réseau social, etc. Le fait d'immigrer, et d'être confronté à une adaptation parfois radicale, ne met pas nécessairement la santé d'un individu en danger, mais entraîne de nouveaux besoins et l'expose à un ensemble de conditions et de stress qui peuvent l'affecter sur les plans social, psychologique et biologique.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 37



*Besoins liés aux circonstances migratoires ou définis culturellement.*

En fait, à chacune des phases migratoires correspond un ensemble de besoins, ce qui n'est pas sans créer certaines difficultés. Ces besoins, en effet, ne correspondent pas nécessairement à la définition courante dans les milieux d'intervention de *besoins humains fondamentaux*, physiques ou sociaux. Les critères permettant de définir le caractère nécessaire de ces besoins n'englobent pas obligatoirement les besoins *définis culturellement* ou encore liés à la *situation migratoire*. Par conséquent, si certains besoins sont acceptables, d'autres sont susceptibles d'entraîner des réactions négatives.

Par exemple, une mère de cinq enfants qui se présente pour une aide financière, mais qui fait état de dépenses importantes d'interurbains et de factures de location de magnétoscopes et de vidéos, risque de se faire renvoyer chez elle bredouille (cas recueilli dans une étude de Legault et Lafrenière, 1993). Pourtant, les interurbains auront servi à satisfaire un besoin de communication et à se rassurer au sujet de ses proches, alors que louer des films dans la langue d'origine aura permis de briser temporairement un sentiment d'isolement culturel en plus de combler ce même besoin de communication. Ces besoins correspondent bien sûr à la phase d'installation dans le pays hôte, une étape d'adaptation qui précède la phase proprement dite d'intégration. Aussi, est-il important d'interpréter avec souplesse la notion de besoin en contexte interculturel.

Bien qu'au début ses préoccupations seront généralement d'ordre pratique, rapidement le migrant sera confronté à un questionnement concernant son identité culturelle dans la mesure où ses contacts avec les populations locales s'intensifieront. Il aura alors à faire des ajustements lui permettant, dans une phase ultérieure, de s'intégrer à la société élargie. L'adaptation sera toutefois différente entre les membres d'une même famille, surtout pour les enfants qui auront généralement adopté plus rapidement la culture du pays hôte. Outre les difficultés intergénérationnelles que peut occasionner l'infiltration dans le groupe résidentiel de nouvelles valeurs concernant entre autres la sexualité, les habitudes de vie, les manières d'être, etc., l'enracinement des enfants dans le pays d'accueil marquera pour les parents l'impossibilité d'un retour au pays d'origine. Ils seront confrontés au caractère définitif de leur choix.

*La migration peut être vécue comme une **parenthèse provisoire** ou comme un fait **irréversible,** ce qui influencera le degré d'ouverture du migrant à son nouvel environnement.*

Plusieurs facteurs interviennent dans ce processus, faisant en sorte que ces phases seront vécues différemment d'un individu à l'autre, mais aussi entre les membres d'une même famille. À cet effet, notons que la migration peut être vécue comme une parenthèse provisoire ou comme un fait irréversible. Dans le premier cas, on se contente le plus possible d'une adaptation comportementale que Camilleri (1996) nomme stratégie du masque. Dans le second cas, une réelle remise en question est déclenchée et entraîne le développement de diverses prises de conscience :

1) Le migrant découvre que les représentations et les valeurs par lesquelles il donne un sens au monde peuvent être contredites par d'autres qu'ils n'avaient jamais soupçonnées.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 38

2) Il découvre que ses repères habituels dans ses relations sociales ne sont plus les mêmes (relations de genres, politesse, rôles, attentes, etc.). Il est alors confronté au désir de demeurer lui-même et à celui d'être en harmonie avec son environnement social.

3) Il réalise que la relation convenable avec autrui qu'il est en train de construire, tout comme son identité qui se complexifie quotidiennement par l'inclusion de nouveaux éléments parfois contradictoires, n'est pas entièrement sous son contrôle. Elle est en grande partie prescrite et se négocie à plusieurs, avec son entourage.

La perspective provisoire ou irréversible empruntée par le migrant représente un aspect important de l'expérience migratoire dans la mesure où elle influencera son degré d'ouverture à son nouvel environnement, son désir d'implication, ses réactions face à des valeurs et à des façons de faire différentes, bref, son intégration. Aussi est-il important de tenir compte des circonstances qui ont précédé son départ : Était-il volontaire ou nécessaire ? Perçu comme provisoire ou irréversible et permanent ? Quelles sont les conditions qui ont influencé sa trajectoire migratoire ?

### *La trajectoire migratoire*

*De 1992 à 1996, 176 500 immigrants ont été admis au Québec : 45 % étaient indépendants, 34 % représentaient une réunification familiale et 21 % étaient des réfugiés.* (Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration, *Prévoir et planifier, 1997).*

Les différents trajets empruntés dans le processus de migration sont incontournables si l'on désire comprendre les enjeux relatifs à l'intégration. Notons d'abord qu'il existe au Canada trois catégories d'admission à partir desquelles il est déjà possible de discerner des expériences distinctes :

1) La catégorie des ***indépendants,*** représentée par des travailleurs autonomes, des investisseurs et des retraités avec capital, reflète les besoins et les objectifs de la société d'accueil;

2) La catégorie de la ***famille,*** qui favorise la réunification familiale (le conjoint, les enfants, les grands-parents, etc.), est perçue comme un facteur important d'enracinement des immigrants.

3) La catégorie des ***réfugiés*** et autres personnes en situation de détresse reflète une solidarité internationale afin de venir en aide aux personnes fuyant les menaces et la persécution. Les pays ayant signé la convention de Genève, dont le Canada, ont l'obligation d'offrir le statut de réfugié à toute personne victime de persécution dans son pays pour des raisons reliées à la race, à la religion, à la nationalité, à l'appartenance à un groupe social ou aux opinions politiques.

Le trajet migratoire peut se déduire, en partie, de ces catégories et se veut le reflet de projets migratoires différents (tableau 3). Prioritairement, le projet migratoire

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 39



suppose des enjeux économiques, sociaux (assurer de meilleures conditions de vie à la famille, une meilleure éducation aux enfants, etc.), professionnels ou politiques. Les enjeux relatifs à l'identité apparaissent plus tard, parfois après plusieurs années, en interaction avec les différentes facettes de l'expérience migratoire (Camilleri, 1996).

Pour l'immigrant, un départ se planifie, parfois sur de longues périodes, et est rempli d'espoirs dont celui d'une ascension sociale et d'une meilleure vie pour soi et sa famille. Toutefois, comme le dit Bibeau (1992), autant l'immigrant a le sentiment de prendre son avenir en main, autant il est conscient des risques d'un échec et des pertes que cette immigration peut entraîner. Ces espoirs s'accompagnent, comme nous l'avons dit, de ruptures et d'obligations envers les membres de la parenté demeurés au pays, ce qui constitue du même coup une pression économique supplémentaire. Par ailleurs, si, pour plusieurs, une ascension sociale est pressentie, c'est parfois une déqualification professionnelle qui les attend, leur expérience et leur formation professionnelle n'étant plus reconnues une fois sur le marché du travail au Canada. En conséquence, le projet migratoire mène à un constat de succès ou d'échec qui peut se solder par un retour au pays.

**L'immigration : exemple vietnamien**

À l'arrivée des premières vagues de réfugiés vietnamiens au Canada, le gouvernement canadien assurait une aide financière espérant que ces derniers deviennent rapidement autonomes financièrement. Trouver du travail était aussi important pour eux qui considéraient l'indépendance financière comme essentielle. La plupart, à leur arrivée, ne parlaient ni l'anglais ni le français. Cette lacune les obligea à accepter des emplois à faible revenu dans des secteurs de services ou d'industries ne correspondant pas toujours à leur expérience ou formation. Pour subvenir à leurs besoins, ainsi qu'à ceux des membres de leur famille restés au Vietnam, envers qui ils étaient responsables, les hommes occupaient fréquemment deux emplois. Bien qu'il ne soit pas coutume chez les Vietnamiens que les femmes travaillent à l'extérieur du foyer, ces dernières ont accepté d'intégrer le marché du travail lorsqu'un second revenu était nécessaire. En 1981, 59 % des femmes adultes immigrantes du Sud-Est asiatique au Canada travaillaient dans les secteurs manufacturier, hôtelier, hospitalier ou dans des restaurants. Cette situation a eu un impact important sur l'organisation familiale et les rôles traditionnels homme/femme (Dinh, D-K et coll., in Waxler-Morrison et coll., 1990).

Dans le cas d'une réunification familiale, diverses difficultés peuvent apparaître, surtout lorsque plusieurs années se sont écoulées avant la réunification. En outre, il peut y avoir un retard par rapport aux autres pour l'apprentissage de la langue. Les retrouvailles sont intenses, certes, mais dans un contexte social et environnemental totalement différent. Les enfants ont vieilli, et parfois ont déjà adopté certaines valeurs et habitudes propres aux gens du pays d'accueil. Reproduire un mode de vie similaire à celui qui prévalait dans le pays d'origine peut s'avérer troublant pour l'ensemble de l'unité familiale.

Quant aux réfugiés, leur départ est généralement relié à une question de survie. Il est précipité et se déroule dans des conditions qui permettent rarement de planifier leur migration. Le départ peut être brutal et indépendant du désir de quitter le pays. De plus, la persécution, la torture et le sentiment de culpabilité vis-à-vis ceux demeurés au pays d'origine laissent parfois des séquelles

**Immigrant et réfugié**

*Un **jeune Portugais immigre** avec sa femme et ses enfants; il rejoint ici des membres de sa famille étendue qui lui proposent du travail. Dans ce cas, l'immigration est désirée, il y a un bon groupe de soutien et une situation économique adéquate. Les gains qu'il accepte viennent compenser les pertes associées au pays d'origine.*

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 40

*Une **Salvadorienne, réfugiée** au Québec pour des motifs politiques après avoir vécu un emprisonnement prolongé, refuse la réalité de sa vie ici. Aussi, durant plus de deux ans, elle n'achète pas de chaise pour sa maison, car s'asseoir, ce serait s'installer ici symboliquement. Dans ce cas, la perte représentait tout ce qui était resté au Salvador : l'espoir de retrouver un mari vivant, la famille, les valeurs, etc. Le gain d'une sécurité physique au Canada ne pouvait nullement compenser ces pertes.* (Bibeau et coll., 1992 : 31)

psychologiques importantes. De fait, les réfugiés sont souvent marqués par un passé qui les prédispose à la dépression, au découragement et à divers troubles mentaux (Dracham, 1992). Ayant subi une violence organisée (torture, viol collectif, disparition), nombre d'entre eux sont susceptibles de vivre des post-traumatismes marqués par la reviviscence d'événements passés, et ce, à tout moment de leur vie. Chez la majorité d'entre eux, la souffrance associée à ces événements traumatisants se traduit par un mal de vivre (Barl, 1993).

**Tableau 3 : Trajet migratoire**

| IMMIGRANT | RÉFUGIÉ |
|---|---|
| **A) Projet migratoire** | **A) Projet migratoire absent** |
| ♦ Il y a un choix. | ♦ Il n'y a pas de choix. |
| ♦ Motivation d'émigrer, d'immigrer. | ♦ Action dont l'enjeu est la survie. |
| ♦ Recherche d'une reconnaissance sociale. | |
| ♦ Décision collective ou individuelle. | |
| ♦ Espoir d'une meilleure vie pour soi et pour les enfants. | |
| ***Situation*** | ***Situation*** |
| ♦ Départ planifié. | ♦ Départ brutal. |
| ♦ Déchirure avec possibilité de faire un deuil. | ♦ Deuil souvent impossible à faire. |
| ♦ Perspective d'ascension sociale. | ♦ Déclassement social. |
| ♦ Contact volontaire avec la société d'accueil. | ♦ Séquelles de la persécution. |
| | ♦ Sentiment de culpabilité, d'abandon. |
| | ♦ Contact involontaire avec la société d'accueil. |
| **B) Projet de retour** | **B) Projet de retour absent** |
| ♦ Retour possible. | ♦ Le retour n'est pas envisageable, mais l'espoir d'un retour perdure malgré les conditions dangereuses ayant motivé le départ. |
| ♦ Partagé par les membres de la famille. | |
| **C) Types de réunification familiale** | **C) Réunification familiale difficile** |
| ♦ Conjoint, enfants ou parenté viennent rejoindre ceux déjà installés. | ♦ Culpabilité et responsabilités envers ceux qu'on laisse derrière. |
| ♦ Durée de séjour différentielle. | |

*L'adaptation d'un individu peut emprunter divers chemins menant à l'assimilation, à l'intégration, à une forme de séparation ou encore de marginalisation* (Berry et coll., 1987).

La plupart des modèles explicatifs de l'impact de l'immigration sur la santé se réfèrent au concept d'acculturation, lequel renvoie à l'adaptation culturelle et au stress qui l'accompagne. Plus précisément, l'adaptation d'un individu peut emprunter divers chemins menant à l'assimilation, à l'intégration, à une forme de séparation ou encore de marginalisation (Berry, 1996). Ce chemin est tracé par les circonstances qui entourent l'expérience migratoire (volontaire ou nécessaire, permanente ou provisoire), mais aussi par la situation dans le pays d'accueil

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 41



(politiques d'immigration, attitudes à l'égard des étrangers, etc.) et certaines habiletés individuelles. Autrement dit, l'immigrant vivra un processus d'acculturation au cours de son installation qui ne le mènera pas nécessairement à s'assimiler à la culture dominante, d'autres options s'offrant à lui.

### *L'acculturation et la santé*

Depuis la Seconde Guerre mondiale, alors que de larges groupes de personnes migraient vers les pays industrialisés, de nombreux chercheurs se sont questionnés sur le processus d'acculturation, c'est-à-dire sur « l'ensemble des changements qui se produisent dans les modèles culturels originaux lorsque des groupes d'individus de cultures différentes entrent en contact continu » (Boudon et coll., 1989).

Depuis les années 60, une distinction a été établie entre le processus d'acculturation vécu par des groupes et par des individus. Cette distinction a favorisé l'étude des stress d'acculturation associés aux processus par lesquels un individu change lorsqu'il est en contact direct et prolongé avec de nouvelles normes sociales et culturelles. Cela a donné lieu au développement de modèles d'acculturation, dont un des principaux a été élaboré par Berry et coll. (1987).

*Selon Berry, les migrants font face à deux questions fondamentales : maintenir leur identité culturelle et entretenir des relations interethniques positives avec la population locale.*

Plus précisément, Berry et coll. (1987) propose quatre degrés d'acculturation se situant sur un même continuum : l'assimilation, l'intégration, la séparation et la marginalisation (tableau 4). Ce modèle repose sur l'idée que tous les migrants font face à deux questions fondamentales : l'une étant relative au maintien de leur identité culturelle et l'autre au désir d'entretenir des relations interethniques positives avec la population locale. L'inclination pour l'une ou l'autre de ces options détermine le degré d'acculturation. Ainsi, si une personne répond oui aux deux questions, elle développera une stratégie d'intégration où le maintien de son intégrité culturelle et le désir de devenir membre à part entière de la société se feront de manière concomitante. Par contre, si un individu dit non à la première question et oui à la seconde, il optera pour l'assimilation en rejetant son identité culturelle pour embrasser totalement celle de la société où il s'est établi. Selon ce modèle, plus un individu résiste à l'acculturation, favorisant ainsi sa marginalisation, plus il augmente son niveau de stress et les probabilités de développer des problèmes de santé mentale ou physique.

**Tableau 4 : Degrés d'acculturation selon Berry**

| | OPTIONS | |
|---|---|---|
| | IMPORTANCE DE MAINTENIR SON IDENTITÉ CULTURELLE | IMPORTANCE D'ENTRETENIR DES RELATIONS AVEC D'AUTRES GROUPES |
| ASSIMILATION | NON | OUI |
| INTÉGRATION | OUI | OUI |
| SÉPARATION | OUI | NON |
| MARGINALISATION | NON | NON |

(Tiré et adapté de Berry et coll., 1987)

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 42

*Un même individu peut en effet paraître totalement assimilé dans son milieu de travail et vivre une séparation par sa façon de vivre en famille.*

Ce modèle présente cependant certaines limites. En outre, les degrés d'acculturation sont présentés de façon mutuellement exclusive. L'assimilation, par exemple, représente le pôle extrême d'un continuum d'intégration marqué par le rejet de la culture d'origine. Or, les migrants peuvent à la fois s'identifier à la culture d'adoption et conserver leur culture d'origine, selon le contexte et leurs prédispositions (Lasry et Sayegh, 1992). Un même individu peut en effet paraître totalement assimilé dans son milieu de travail et vivre une séparation par sa façon de vivre en famille.

*Ce n'est pas tant le degré d'acculturation qui constitue un facteur de risque que le stress qui l'accompagne.*

De plus, cette façon de concevoir l'acculturation propose une explication exclusivement culturelle au processus d'intégration, occultant ainsi les facteurs économiques, sociaux, migratoires et politiques sous-jacents au stress vécu par le migrant dans un nouvel environnement social. En fait, ce n'est pas tant le degré d'acculturation qui constitue un facteur de risque, mais bien le stress qui l'accompagne. Aussi, un individu peut être totalement acculturé sans pour autant avoir subi un stress affectant sa santé, et vice versa. Ceci dit, les conséquences de ce stress d'acculturation se caractérisent par une dégradation de l'état de santé : confusion de l'identité, anxiété, dépression, sentiment de marginalité, etc.

*La prévalence de certains problèmes de santé peut augmenter avec la durée de séjour.*

En contrepartie, il semblerait que la prévalence de certains problèmes de santé chroniques (allergies, troubles articulaires) et de l'incapacité augmente au fur et à mesure que la durée de résidence des immigrants s'allonge (Chen et coll., 1996). Cela serait explicable, en partie, par une exposition accrue aux facteurs de risque propres au pays d'accueil. L'acculturation, en se sens, a une influence directe sur la santé qui fluctue en fonction de la durée de séjour.

*Ségrégation ou séparation.*

Comme Berry le note lui-même, la situation du pays d'accueil, et les politiques nationales, peuvent limiter les choix s'offrant à un individu. En effet, dans un système fermé à la différence culturelle, offrant peu d'opportunités d'ajustement ou de réaction au migrant, la séparation peut être imposée. Nous parlerons alors de *ségrégation*, comme cela a été le cas par exemple en Afrique du Sud.

À l'opposé, la migration peut également se dérouler dans une position d'inégalité et de manque de participation, particulièrement dans le cas de sociétés ayant des politiques d'*assimilation* des immigrants (Perotti, 1986). L'assimilation apparaît alors comme un processus unilatéral où le migrant doit se conformer aux modèles de comportement et aux valeurs de la société d'accueil, l'obligeant à se dépouiller de tout élément culturel propre (ibid). À titre d'exemple, la politique américaine du « creuset » (*melting pot*) exerce des pressions dans le sens de l'assimilation des migrants (Bibeau, 1985; Goggin et coll., 1990). L'assimilation concerne avant tout la sphère culturelle et, bien que les pressions soient parfois très fortes, elle ne se réalise jamais totalement et peut parfois entraîner un résultat totalement inverse de survalorisation des traditions ancestrales et de la culture.

*Souvent, les crises associées à l'acculturation se produisent en contexte familial.*

Hormis ces considérations générales, certains auteurs s'entendent pour dire que les crises relatives au processus d'acculturation se produisent généralement en

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 43



situation familiale. En effet, l'adaptation à la nouvelle société ne peut se réduire au seul individu, car elle se vit généralement en famille.

L'adaptation à la nouvelle société relève de changements parfois importants. Les migrants sortiront de cette expérience différents, ayant pris un écart vis-à-vis de leur culture d'origine tout en ayant adopté certains traits de la culture du pays d'accueil. Le prix de cette expérience peut être visible par les retours contraints au pays d'origine, par un taux de placement en institution des jeunes plus élevé que chez les populations de souche, par les fugues et même par le taux de suicide des enfants (Costa-Lascoux, 1986).

Pourquoi ces changements ont-ils un tel impact ? Rappelons d'abord, qu'à travers leur expérience, les familles immigrantes auront à gérer différents sous-systèmes culturels (Vatz-Laaroussi, 1993) :

- celui du pays d'origine, tel que connu avant le départ;
- celui du pays d'origine, tel qu'il figure dans les représentations familiales après l'immigration;
- celui de la société d'accueil transmis par la communauté ethnique et son organisation;
- celui, enfin, de cette même société à travers ses institutions.

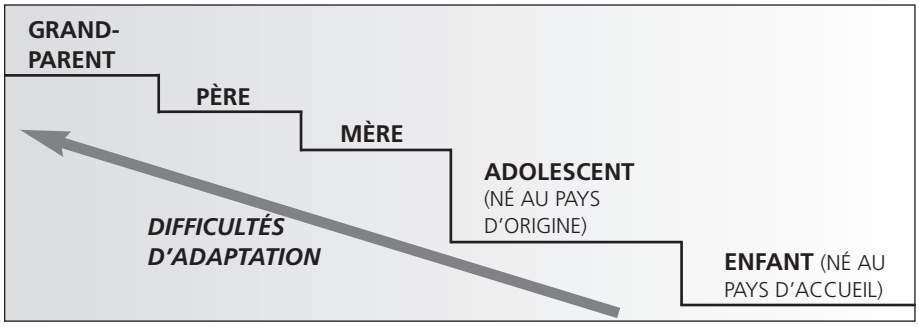
La gestion de ces différents sous-systèmes culturels peut avoir un impact déterminant sur la structure et la cohésion familiales. Il est en effet reconnu que l'adaptation au sein d'une famille se fait selon un rythme différent par chacun des membres, lequel rythme peut aussi être différencié par une séparation familiale lors de la migration. Ce faisant, chaque membre d'une même famille peut avoir atteint, à un moment précis, un stade différent d'intégration qui peut être sans conséquences ou au contraire, à la source de tensions et de conflits pouvant nuire à la cohésion familiale (figure 2). Cette situation conflictuelle peut avoir des conséquences plus graves lorsque mal gérée et présenter par exemple des risques de violence conjugale.

*La cohésion familiale risque d'être fragilisée par le processus d'acculturation.*

La cohésion familiale risque donc d'être fragilisée par les circonstances migratoires et le processus d'acculturation. Par exemple, les enfants en bas âge s'intégreront plus facilement et plus rapidement à la société d'accueil y empruntant valeurs, façons de faire et vision des choses (sexualité, rôle, attitudes, ambitions, loisirs, croyance religieuse, etc.). Les parents, étant donné leur bagage culturel et expérimental, vivront ce processus différemment et souvent avec plus de difficulté. Se sentant menacés, connaissant mal les valeurs et façons de faire véhiculées dans la société d'accueil, ils peuvent alors présenter des réactions négatives face aux habitudes et attitudes nouvelles de leurs enfants, d'où la possibilité de conflits importants (fugues, retour au pays d'origine, mariage obligatoire, placement, etc.).

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 44

**Figure 2 : Variation générationnelle**




(Tiré et adapté de Sterlin, 1991)

Selon le modèle de Berry, l'intégration apparaît comme une option idéale, car elle implique une forme d'harmonisation qui comporte un moins grand stress, donc moins de risque pour la santé. Toutefois, hormis la variation générationnelle que nous venons d'aborder plus haut, les possibilités d'intégration relèvent de plusieurs facteurs qui soit favorisent, soit font obstacles à cette option.

## *L'intégration et la santé*

*Le concept d'intégration s'oppose à la notion d'assimilation.*

Notons, d'abord, que le concept d'intégration s'oppose à la notion d'assimilation par la capacité de confronter et d'échanger, dans une position d'égalité et de participation, valeurs, normes, modèles de comportement, et ce, autant de la part de l'immigré que de la société d'accueil. L'intégration est donc un processus graduel par lequel les nouveaux résidents deviennent des participants actifs à la vie économique, sociale, civique, et culturelle du pays d'immigration, tout en préservant leur propre culture (Perotti, 1986). Aujourd'hui, par exemple, la politique canadienne du multiculturalisme vise à favoriser le processus d'intégration, bien que plusieurs y voient des effets paradoxaux (folklorisation des différences, maintien du statut marginal des immigrants, etc.).

*Quels critères permettent vraiment d'évaluer une intégration réussie?*

Au cours des trois dernières décennies, avec la diversification des courants migratoires, les préoccupations concernant l'intégration se sont intensifiées et les travaux à ce sujet se sont multipliés, entre autres en ce qui a trait aux facteurs d'intégration. Le choix des indicateurs d'intégration utilisés par ces travaux sont toutefois le reflet de préoccupations et de définitions acceptables pour la société d'accueil (Lebon, 1994). Plus précisément, les critères d'une intégration réussie peuvent varier considérablement selon la position qu'on occupe, immigrant récent ou ancien. Piché et coll. (1995) nous en donnent quelques exemples concernant l'intégration économique, linguistique et résidentielle.

Pour ce qui est de l'intégration économique, on peut supposer que toute personne, immigrante ou non, en s'insérant sur le marché du travail aura pour

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 45



but de bien y performer. Or, une controverse peut apparaître quant aux modalités de réussite. Pour les immigrants, les réseaux ethniques constituent une façon de s'intégrer plus rapidement sur le marché du travail, tout en ayant souvent l'opportunité de bénéficier d'une formation pratique. Ces réseaux peuvent toutefois être perçus comme des *enclaves ethniques,* comme un repli sur soi pour ces communautés et un refus de s'intégrer à l'économie dominante.

*Les réseaux ethniques peuvent faciliter l'intégration même s'ils sont perçus comme des enclaves ethniques.*

Il en va de même pour l'intégration linguistique. La connaissance d'une des langues officielles est généralement considérée comme un atout pour l'intégration. Mais le choix de l'anglais ou du français peut alimenter la controverse. En effet, pour les francophones du Québec, le choix du français représente un critère d'intégration, et l'imposition de l'école en français va de soi. Pour les populations immigrantes, ces mesures peuvent paraître limitatives dans le contexte nord-américain, d'autant plus qu'elles se situent souvent en marge du débat linguistique québécois.

Finalement, l'intégration résidentielle ne fait pas figure à part. Les réseaux ethniques représentent un des facteurs facilitant l'intégration, car ils favorisent l'accès à un logement et la mise en commun de ressources. En ce sens, la concentration ethnique peut être perçue comme étant l'expression d'une belle solidarité ou comme une barrière pour les relations entre les populations immigrantes et locales.

Les critères d'une intégration réussie demeurent donc très ambigus et ne sont pas à l'abri de biais culturels. Toutefois, si l'on considère l'intégration comme étant la capacité d'un individu à se tailler une place dans la société qui est comparable à celle de la population locale, certains facteurs ou caractéristiques permettent de prédire qui aura le plus de facilité ou de difficulté.

Au Québec, l'acquisition de la langue française est souvent considérée comme le principal indicateur d'intégration. D'après une étude de Piché et coll. (1995), qui examine les travaux traitant explicitement des facteurs d'intégration depuis 1976, cinq sphères dominent désormais les recherches sur l'immigration : il s'agit, en plus de la sphère linguistique, des sphères culturelle, résidentielle, professionnelle et scolaire. Diverses caractéristiques individuelles semblent déterminantes dans le processus d'intégration (figure 3).

La plupart des études considérant l'**âge** observent que plus on est jeune au moment de l'expérience migratoire, plus il semble facile de s'intégrer à la société d'accueil, en particulier sur le plan linguistique, ainsi qu'à la vie culturelle et professionnelle (Pham-Nguyen, 1987; Deschamps, 1990; Dorais et coll., 1984; Veltman et Panneton, 1989; Monnier, 1993). Sur le plan familial, comme nous l'avons vu, cela peut par contre nuire à la cohésion familiale, car il se peut que l'intégration soit vécue différemment par chacun des membres. Ainsi, les plus jeunes introduiront de nouvelles façons de faire et de penser qui ne seront pas nécessairement bien accueillies par la famille.

*Plus on est jeune, plus il semble facile de s'intégrer.*

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 46

*Les critères de sélection varient selon la catégorie d'admission.*

Les **catégories d'admission** (indépendants, familiaux et réfugiés) s'avèrent également des indicateurs intéressants du potentiel d'intégration, car les critères de sélection varient selon ces catégories. De fait, les indépendants auraient plus de facilité à s'intégrer alors que les familles auraient des difficultés plus marquées (Renaud et coll., 1993; Deschamps, 1990). Cela s'explique en partie par le processus de sélection propre aux politiques québécoises. Les migrants indépendants sont choisis à l'aide d'une grille de sélection qui tient compte de la situation de l'emploi au Québec, des compétences professionnelles et de caractéristiques personnelles considérées déterminantes pour le succès de leur intégration au Québec. Quant aux réfugiés, qui sont entre autres admis au Canada pour des considérations humanitaires, leur intégration implique souvent des difficultés de nature différente, comme nous l'avons déjà mentionné.

*L'intégration s'améliore globalement avec le temps.*

L'intégration étant un processus, donc ayant une dimension temporelle, **la durée** de résidence est centrale pour la compréhension du phénomène. La plupart des auteurs s'entendent d'ailleurs pour dire que l'intégration s'améliore globalement avec le temps (Dorais et coll., 1984; Veltman et Panneton, 1989; Ledoyen, 1992; Audet, 1987; Manègre, 1993; Constantinides, 1983). En outre, avec le temps s'accroissent le potentiel d'apprentissage linguistique et l'intégration socio-économique. Plus précisément, de 2 à 6 ans après l'arrivée au pays, on observe une courbe de perte et de gain et, de 7 à 15 ans, le niveau de prestige de l'emploi occupé atteint finalement celui de l'emploi au départ du pays d'origine (Lasry, 1982). Néanmoins, comme nous l'avons noté précédemment, cette intégration ne se fait pas toujours sans une certaine dégradation de l'état de santé, car l'adoption de comportements ayant un impact sur la santé augmente avec le temps (Chen et coll., 1996).

*Femmes et hommes ne rencontrent pas nécessairement les mêmes obstacles pendant leur intégration.*

Le **genre**, masculin ou féminin, est aussi une caractéristique importante dans la mesure où l'intégration des femmes ne se fait pas de la même façon que celle des hommes. De nombreuses études ont démontré que les femmes demeurent désavantagées sur le marché du travail, bien qu'elles ne subissent pas nécessairement le même sort que les hommes sur le plan de la déqualification professionnelle et semblent profiter plus facilement d'une ascension sociale. (Lamotte, 1992; Audet, 1987; Renaud, 1993; Larose, 1985; Piché, 1989; Ledoyen, 1992; Manègre, 1993). Ceci doit néanmoins être nuancé, car si bien des hommes voient leur rôle de pourvoyeur remis en question, plusieurs femmes vivent des difficultés reliées à l'isolement, à l'accumulation des tâches domestiques et au travail salarié. Des symptômes liés à l'anxiété, au stress et à la dépression seront souvent des manifestations exprimant leur isolement et leur besoin de soutien (Legault et coll., 1993).

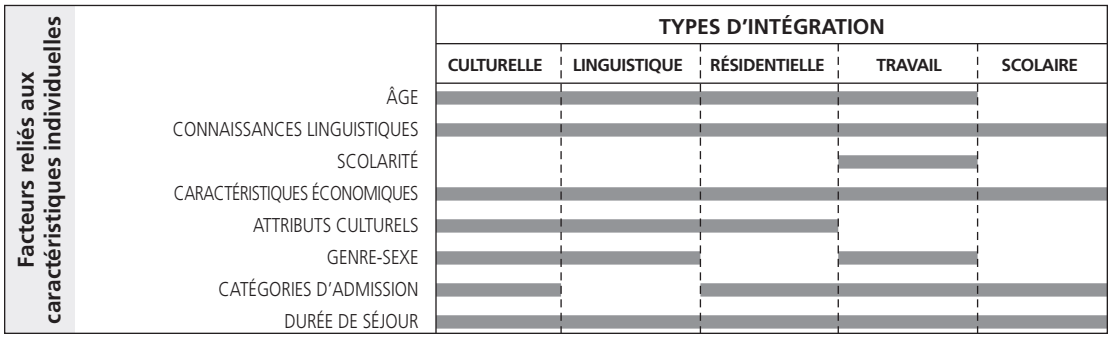
Les **connaissances linguistiques** et les **caractéristiques économiques** ont également une influence importante pour toutes les sphères d'intégration. Les **variables strictement culturelles**, quoique fondamentales pour une véritable compréhension du processus d'intégration, sont moins présentes, peut-être

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 47



parce qu'elles sont plus difficiles à mesurer et à circonscrire dans le cadre d'un indice.

**Figure 3 : Facteurs reliés aux caractéristiques individuelles par types d'intégration**




(D'après Piché et Bélanger, 1995)

Ces caractéristiques individuelles ne prennent véritablement tout leur sens que lorsqu'on considère certains facteurs contextuels tels que la période d'immigration, les politiques linguistiques (loi 101 par exemple), la langue en milieu de travail, le contexte de l'école (pluriethnique ou non), etc.

L'intégration ne relève donc pas que de l'attitude de l'immigrant ou de ses prédispositions, mais également de la population d'accueil, individuellement, certes, mais aussi de ses institutions et de ses politiques. Aussi, certains comportements découlant du racisme peuvent freiner le processus d'intégration et mener plutôt vers une séparation. Bien qu'au Québec le racisme sous une forme extrême n'existe pas véritablement, certaines formes plus élémentaires du racisme ont leurs niches à différents paliers de la société.

*L'intégration ne relève pas que de l'attitude de l'immigrant, mais aussi de la population d'accueil.*

## *Le racisme*[3]

*La vie de l'humanité [...] ne se développe pas sous le régime d'une uniforme monotonie, mais à travers des modes extraordinairement diversifiés de sociétés et de civilisations[...].* (Lévi-Strauss, 1952 : 11)

*[...] notre richesse collective est faite de notre diversité. L'« autre », individu ou société, nous est précieux dans la mesure où il nous est dissemblable.* (Jacquard, 1978 : 12)

Malgré que de nombreux biologistes, anthropologues et sociologues aient depuis longtemps réfuté les fondements scientifiques du concept de race, il serait difficile de nier l'existence sociologique du racisme, c'est-à-dire la constitution, à travers les rapports sociaux, de distinctions fondées sur la couleur, l'origine ethnique, la culture ou la religion, qui visent à exclure, rejeter, voire éliminer des personnes jugées indésirables ou menaçantes par un groupe, souvent majoritaire. (Noivo et coll., 1996:17).

[3] Cette section est largement inspirée par l'étude réalisée par Noivo, E., McAndrew, M., Potvin, M. (1996), *Le racisme au Québec : éléments d'un diagnostic*, Collection Études et recherches, Nº 13, ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles par le Centre d'études ethniques de l'Université de Montréal.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 48

*Les immigrants peuvent parfois être considérés comme menaçants.*

Le racisme est l'héritier conceptuel de la xénophobie qui se définit comme étant une crainte généralisée des étrangers perçus comme une menace pour la spécificité du groupe. Ainsi, les immigrants, porteurs d'une culture et, d'une identité différentes, sont susceptibles d'être considérés comme menaçants pour la spécificité culturelle de la société d'accueil (ibid.), donc d'engendrer des comportements de rejet.

C'est au tournant du XVI$^{e}$ siècle que le racisme s'érige en système de pensées avec l'apparition des premières typologies raciales, lesquelles ont rapidement été reprises afin d'établir une hiérarchie raciale, les Blancs étant décrits comme supérieurs en raison de leur développement économique et de leur domination politique. Certains auteurs n'y voyaient qu'un simple exercice de classification et de description de la diversité humaine, alors que d'autres y ont trouvé des arguments pour justifier le colonialisme, l'esclavagisme, des ethnocides[4] et des génocides (ibid.).

Il n'existe pas de définition unique du racisme, mais la plupart conviennent que ce concept renvoie à des idéologies, à des attitudes, à des pratiques ou à des conduites qui ont pour origines des préjugés ou des généralisations fondés sur des caractères raciaux, ethniques et culturels (Rex, 1986; Perras et Boucher, 1993; Smaje, 1995; Taguieff, 1986).

*Le racisme apparaît comme une construction sociale axée sur des différences qui sont biologisées.*

En somme, le racisme apparaît comme une construction sociale axée sur des différences qui sont biologisées ou perçues à l'état de nature (Guillaumin, 1972, in Noivo et coll., 1996 : 21). Cette construction permettrait à un groupe la négation d'un autre, et servirait à justifier un large éventail d'inégalités sociales, économiques et législatives (Taguieff, 1986 : 254).

### *Formes élémentaires du racisme*

*À cause des antécédents historiques, notre compréhension du racisme se limite à toute forme de haine ou de mépris, incarnant par là l'intolérance, ou encore fait référence à l'extermination de masse par les Nazis* (Perras et Boucher, 1993 : 106).

Le racisme emprunte aujourd'hui de nouvelles formes, souvent moins radicales, mais plus pernicieuses, car plus difficiles à identifier. La diversité sans cesse renouvelée de la société québécoise, marquée par un contexte économique et social instable, affecte les relations entre citoyens et met en relief les risques de tensions. C'est sous cet angle qu'il est possible de percevoir une pensée « racisante » ou encore des réactions dont les conséquences vont de la discrimination à la marginalisation, du préjugé au stéréotype.

### *Préjugés et stéréotypes*

Plusieurs croyances et attitudes précèdent le racisme et le nourrissent : les **préjugés** et les **stéréotypes**. Préjuger signifie juger à l'avance, sans connaître,

[4] L'ethnocide fait appel à des politiques visant l'élimination de l'identité ethnique et culturelle d'un groupe.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 49



des individus à qui l'on attribue des caractéristiques du groupe auquel on croit qu'ils appartiennent. Les stéréotypes, quant à eux, sont des [...] images simplifiées, figées d'un groupe, à partir de généralisations qui camouflent les disparités ou les particularités à l'intérieur du groupe (Lemay, 1987 : 42).

*Les stéréotypes visent principalement ceux que l'on connaît le moins.*

Les stéréotypes visent principalement ceux que l'on connaît le moins. Au Québec, par exemple, les Arabes et les Haïtiens sont particulièrement visés par des stéréotypes négatifs. Il n'y a pas si longtemps, on attribuait une multitude de stéréotypes négatifs aux Italiens, eux qui aujourd'hui jouissent de préjugés favorables au sein de la société québécoise. Ainsi, on peut constater que de nouveaux préjugés apparaissent alors que d'autres disparaissent au fil des différentes vagues d'immigration. Les médias tiennent également un rôle important pour la production de stéréotypes. Pensons à l'image généralement véhiculée à propos des populations musulmanes : fanatisme religieux, intégrisme et terrorisme. Ces phénomènes sociaux extrêmes ne peuvent être associés en réalité qu'à un pourcentage infime de la population musulmane. Mais le risque de généralisation est présent lorsque ces phénomènes sont décontextualisés et présentés partiellement.

**Le néo-racisme**

***Néo-racisme**, expression fréquemment utilisée pour décrire le racisme contemporain, centré sur le thème de l'immigration et l'idée de l'irréductibilité des différences. Le racisme n'est ainsi plus fondé sur les caractéristiques physiques, mais sur les différences culturelles. Les affirmations de supériorités raciales tendent à être remplacées par les différences culturelles. La différence culturelle étant à la source de la construction de l'identité d'un peuple, cette idéologie proscrit le mélange culturel ou social, car il risquerait de déstabiliser cette identité spécifique. Ainsi, la diversité culturelle n'est aucunement perçue comme une richesse mais comme un élément d'exclusion.*

Paradoxalement, le renforcement de stéréotypes se fait également par le truchement d'initiatives antiracistes. En effet, malgré les meilleures intentions, certaines approches inter-culturelles visant une meilleure prise en charge de la diversité, piétinent entre une meilleure connaissance des autres cultures et la propagation de stéréotypes à leur égard. En l'absence d'une bonne connaissance de la dynamique des cultures et de ses contradictions internes, la diffusion de connaissances morcelées sur les autres cultures devient folklorique et risque « de contribuer à renforcer les phénomènes qu'elles prétendent combattre » (Noivo et coll., 1996 : 23). En effet, le *néo-racisme* correspond à la concrétisation de ce risque, alors que cette pensée contemporaine se nourrit, tout comme la pensée antiraciste, de la différence culturelle. Le racisme contemporain conçoit les différences culturelles comme irréductibles et hiérarchisables, telles que l'étaient les races. Cette façon de penser la culture, figée et essentialiste, est génératrice d'inégalités sociales, car elle alimente les stéréotypes et les préjugés.

### *Discrimination et ségrégation*

Le racisme s'exprime par des pratiques volontaires ou non qui dénotent généralement une certaine forme de discrimination ou de ségrégation. La **discrimination** consiste à traiter de façon différente et inégale des individus dans

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 50

divers domaines de la vie sociale en se basant non seulement sur des critères raciaux ou culturels, mais aussi sur le statut social, le genre, l'âge, etc. La **ségrégation,** quant à elle, « consiste à tenir ces mêmes individus à distance, généralement, d'espaces territoriaux qui leur sont plus ou moins ouvertement interdits » (Noivo et coll., 1996 : 24). Toutefois, l'un et l'autre se confondent, dans la mesure où un groupe, à force de discrimination, se verra ségrégué.

**Définition de la cour suprême du Canada de la discrimination**

*La **discrimination** peut se décrire comme une distinction, intentionnelle ou non, mais fondée sur des motifs relatifs à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, des obligations et des désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher ou de restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et aux avantages offerts à d'autres membres de la société.* (Andrews, C., Law Society of British Columbia, (1989) 1R.C.S. 143)

La législation des dernières années a permis de nuancer la notion de discrimination. Aussi, la définition de la Cour suprême du Canada en (1989) rejoint la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* sur plusieurs points. Cette définition a l'avantage d'éliminer la recherche de l'intention raciste derrière les actes discriminatoires. La discrimination peut, en effet, être fondée sur des préjugés inconscients (qui expliquent une préférence) tout comme sur une volonté explicite d'exclure les membres de certains groupes en fonction d'attributs physiques ou culturels. Ce faisant, cette définition admet qu'il s'agit d'un phénomène qui n'est pas nécessairement décelable à première vue et que la discrimination peut être directe, mais aussi indirecte.

La **discrimination est dite directe** lorsqu'un traitement inégal et irrégulier est réservé à une personne ou à un groupe en raison de critères de distinction et d'exclusion basés sur la race, la couleur, l'origine ethnique ou nationale comme, par exemple, lorsqu'un propriétaire d'immeuble dit ouvertement qu'il ne veut pas de locataire de telle ou telle origine.

La **discrimination est dite indirecte** lorsqu'elle « résulte d'une règle ou d'une pratique appliquée également à toute personne, mais qui a pour effet d'exclure ou de désavantager indûment les membres d'un groupe en raison d'une caractéristique généralement plus répandue chez les membres de ce groupe » (ibid. : 25). Par exemple, les outils ou instruments d'évaluation des besoins visant à identifier les clientèles vulnérables et à leur offrir des services en fonction de leur situation ont pour la plupart été élaborés à partir de connaissances sur la population en général. Ce faisant, ils ne tiennent pas compte, ou très rarement, des facteurs migratoires ni des différences culturelles. Il en résulte un problème d'accessibilité aux programmes qui peut mener à des inégalités en matière de santé pour les personnes immigrantes, car les critères usuels (scolarité, revenu, etc.) ne permettent pas d'identifier adéquatement les personnes ayant besoin de tel ou tel service. En ce sens, la discrimination indirecte peut s'exprimer par la faiblesse des ajustements institutionnels à la réalité pluraliste.

La *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* tient également compte d'une **discrimination dite systémique** qui s'apparente à la discrimination

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 51



indirecte. Étant de nature involontaire, on l'observe plus particulièrement à travers ses effets, en termes d'*inégalités de résultats* (Chicha-Pontbriand, 1990), soit par la sous-utilisation des services par les membres d'un groupe en particulier ou encore par la sous-représentation de certains groupes au sein du personnel, et ce à tous les paliers institutionnels[5]. En ce sens, les institutions qui tardent à appliquer des mesures d'accessibilité, ou encore à adapter culturellement certains de leurs programmes ou services, peuvent entretenir une sous-utilisation et perpétuer, bien qu'involontairement, une discrimination systémique.

*La **discrimination dite systémique** s'observe plus particulièrement à travers ses effets, en termes d'inégalités de résultats.*

Ceci dit, pour déceler la discrimination systémique, des analyses fines s'imposent afin de distinguer les différents facteurs contextuels qui en donnent l'apparence. En effet, que certains groupes soient sous-représentés au sein d'une institution peut également indiquer qu'ils ont un profil socio-économique et professionnel différent de celui de la majorité (Noivo et coll., 1996 : 28).

### *Conflits de valeurs et tensions dans les milieux de la santé*

Dans le milieu des services de santé, le racisme est généralement abordé sous l'angle des difficultés de communication et des conflits de valeurs mettant en jeu le rapport avec la maladie, la santé, l'éducation des enfants, les habitudes de vie, etc. La rencontre culturelle étant l'axe à partir duquel sont généralement abordés ces conflits de valeurs, c'est à la lumière des « chocs culturels » et des « zones d'incompréhensions culturelles » qu'ont été développées diverses interventions et solutions à des situations conflictuelles (Cohen-Émerique, 1984; Roy, 1991; Chiasson-Lavoie, 1992). Sur le plan institutionnel, comme nous l'avons vu plus haut, l'absence d'efforts pour adapter les services et pour les rendre plus accessibles à une clientèle issue de l'immigration peut signifier l'existence de discrimination indirecte ou systémique.

*Dans le milieu des services de santé, le racisme est généralement abordé sous l'angle des difficultés de communication, des « chocs culturels » et des « zones d'incompréhensions culturelles ».*

Toutefois, les intervenants étant les principaux agents de changements, c'est au sujet de la dispensation des services que la littérature sur le racisme est la plus abondante. Les relations entre l'usager et le personnel constituent une source non négligeable de tensions et de conflits de valeurs qui, selon Roy (1991), reflètent plusieurs « zones d'incompréhensions », dont quelques-unes sont présentées au tableau 5 (Legault et Lafrenière, 1992 ; Battaglini et coll., 1997).

**Tableau 5 : Exemples de zones d'incompréhensions culturelles**

- *Les perceptions différentielles de l'espace et du temps.*
- *Les notions de famille et d'organisation familiale (la structure du groupe, des rôles et des statuts de ses membres).*
- *Les modèles d'éducation (santé, sécurité, développement de l'enfant, etc.).*
- *Les rapports entre les hommes et les femmes.*
- *Les rapports entre les hommes et les intervenantes de sexe féminin.*
- *Les conceptions de la santé physique et mentale, de la maladie, de la vie et de la mort.*
- *Les conceptions des services et du rôle professionnel des intervenants.*
- *Les modèles de communication.*

[5] Situation qui a été observée par plusieurs études, dont celle de Noivo (1996), qui soulignent la sous-représentation des groupes ethniques minoritaires, à la fois comme bénéficiaires et comme intervenants, surtout dans le secteur francophone.

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 52

*Il ne faut pas croire que toutes les formes de tensions interculturelles peuvent se traduire par du racisme.*

Néanmoins, il ne faut pas conclure que ces tensions se traduisent systématiquement par du racisme. En fait, la réaction que ces tensions entraînent dépendra grandement de l'expérience de vie et des connaissances de chaque individu. Par exemple, une personne peut vivre un choc culturel en observant les pratiques disciplinaires physiques d'un parent issu d'un groupe ethnique minoritaire et même les trouver inacceptables, mais en demeurer là. Une autre, par contre, peut passer à l'étape suivante, celle des préjugés et des stéréotypes, et généraliser en concluant par exemple : « Ils battent tous leurs enfants. » Ces incompréhensions culturelles sont courantes en contexte d'intervention interculturelle et révèlent toute la complexité du rapport humain lorsque se chevauchent culture et santé. Par ailleurs, il est observé que les intervenants ont tendance à s'ajuster beaucoup plus rapidement que l'institution à la réalité pluraliste. En conséquence, l'institution, par sa mission, sa bureaucratie, son type d'administration, sa programmation et ses exigences d'évaluation conditionne, dans une certaine mesure, la nature des rencontres entre professionnels et bénéficiaires. Cette situation peut parfois limiter, ou du moins délimiter, la marge de manœuvre des intervenants désirant prendre en considération la culture dans leur pratique de la santé.

## *Conclusion*

Bien que partiel et particulièrement bref, le regard proposé dans ce premier chapitre nous rappelle combien notre perception peut déraper lorsqu'un des concepts corollaires aux notions de culture et d'ethnicité est mis en question. Un des objectifs de ce chapitre était d'éviter ces dérapages conceptuels en soulignant la complexité et parfois même l'ambiguïté entourant la définition de ces concepts. La culture, comme l'ethnicité, sont des notions utilisées pour rendre compte d'une réalité dynamique, hétérogène et changeante. C'est lorsqu'on oublie l'importance de cette dynamique au profit d'une vision plus figée, plus folklorique, que des risques de dérapage apparaissent, laissant des traces de stéréotypes, de préjugés et parfois même de racisme. Ces traces sont perceptibles dans toutes les sphères sociales, y compris dans le milieu de la santé ou les incompréhensions culturelles et les zones sensibles sont régulièrement à la source de situations parfois délicates qui peuvent nuire au déploiement de services adéquats.

Ces concepts ont aussi leurs avatars qui souvent trouvent leur utilité à des fins politiques. Les concepts de communauté culturelle, minorité visible ou encore néo-Québécois en sont de bons exemples. Bien que difficiles à définir, ces concepts servent néanmoins à identifier des sous-groupes qui, au sein de la population, risquent d'avoir certains besoins particuliers. Inversement, ces appellations sont également récupérées par ces présumées communautés culturelles ou minorités afin d'appuyer un éventail grandissant de revendications. Bien qu'utiles au plan statistique et pour la planification de services, il faut retenir que ces concepts reflètent rarement la réalité culturelle des groupes qu'ils

34711 1ere partie 8/28/06 1:15 PM Page 53



désignent. Mais, ils rendent compte, à tout le moins, de situations partagées par un ensemble d'individus en fonction d'une identité qui leur est attribuée et qui, vraisemblablement, influence leur vie et leur santé.

Par ailleurs, s'ouvrir au pluralisme veut aussi dire considérer l'expérience migratoire et son impact sur la santé. La culture est une chose, l'expérience personnelle en est une autre. Même si elles s'influencent mutuellement, elles ne peuvent être réduites l'une à l'autre, ce qui explique en partie l'hétérogénéité culturelle et sociale au sein d'un même groupe ethnique. Aussi, le processus migratoire fait-il partie d'une expérience personnelle qui teinte la façon dont une personne et sa famille s'intègrent à leur nouvelle société, comment ils s'y adaptent et, même, comment ils utilisent les services de santé.

Enfin, au-delà de ces préoccupations liées aux expériences personnelles, la culture est aussi associée aux connaissances et aux croyances vis-à-vis de la santé, de la maladie et du bien-être. Par extension, elle permet d'accorder un sens à une intervention sociale ou sanitaire, à un comportement jugé à risque ou de protection, ou encore à un mode d'utilisation des services sociaux et de santé. Aussi, la diversité culturelle est-elle synonyme d'une diversité des conceptions de la santé, rappelant qu'il existe une dynamique complexe entre culture et santé.

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 54

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 55

CHAPITRE 2

# Culture et santé

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 56

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 57

*CHAPITRE*

# 2 CULTURE ET SANTÉ

***Alex Battaglini***

La notion de culture, peut-on dire, réfère à un patrimoine global de l'individu et du groupe social auquel il appartient. Ce patrimoine culturel est entre autres composé d'une ou de plusieurs langues, de normes de conduite, de valeurs et de coutumes qui unissent ou diversifient les groupes humains sur le plan ethnique. Il est généralement reconnu que ce patrimoine, variant d'un groupe ethnique à l'autre, peut en partie expliquer la variation de l'état de santé observée entre ces groupes. Peu d'études cependant se sont aventurées à de telles explications, et celles l'ayant fait ont invoqué la culture lorsque les autres explications semblaient inadéquates. De plus, la culture est souvent utilisée comme une variable indépendante, sans souligner quels aspects culturels particuliers peuvent soit fragiliser, soit protéger la santé. Il demeure donc difficile d'identifier quels facteurs culturels en particulier influencent l'état de santé, et dans quelle mesure ils l'influencent.

Dans ce chapitre, cette relation entre santé et culture sera abordée tout en considérant la variabilité des conceptions de la santé et des systèmes de santé. Finalement, en fin de chapitre, les difficultés reliées à l'accessibilité et à l'adaptabilité des services de santé seront discutées avant de s'attarder aux programmes de prévention et de promotion.

## *TRAITS CULTURELS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ*

*Une combinaison de traits culturels semble plus révélatrice que l'utilisation de catégories plus larges comme l'origine ethnique.*

Les tentatives pour cerner la relation entre la « race » et la santé se sont généralement révélées infructueuses (Howard et coll., 1996), alors que les études ayant plutôt considéré des facteurs associés à des comportements, des croyances et des habitudes se sont avérées plus concluantes. En somme, une combinaison de traits culturels semble plus révélatrice que l'utilisation de catégories plus larges comme l'origine ethnique.

*Certains facteurs culturels permettent d'établir des liens avec les habitudes et les croyances relatives à la santé.*

Ces facteurs doivent toutefois permettre de cerner des modes de fonctionnement et rendre possible l'analyse des différences ou des similitudes entre membres de deux cultures et entre membres d'une même culture. Des facteurs comme l'histoire, la religion, les valeurs, l'organisation sociale, la langue et le mode de communication varient d'un groupe à l'autre, mais également au sein d'un même groupe. La prise en compte de ces facteurs culturels comme indicateurs d'un certain mode de fonctionnement permet d'établir des liens avec les habitudes et les croyances relatives à la santé. Prenons, à titre d'exemple, l'appartenance religieuse. L'étude menée par Jarvis et Northcott (1987) démontre que l'espérance de vie, les taux de mortalité dus au cancer, aux maladies cardio-

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 58

vasculaires ou au suicide varient considérablement selon l'engagement religieux. Selon ces derniers, son influence sur les risques de maladie et de mortalité se manifeste de nombreuses façons :

1) en proscrivant des comportements à risque pour la santé, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, certaines habitudes liées à la sexualité, etc.;
2) en prescrivant de saines habitudes de vie, telles que l'activité physique, une alimentation moins axée sur la consommation de viande, etc.;
3) en offrant un soutien moral, émotif ou économique aux membres de la communauté;
4) en créant un climat de religiosité associé à un bien-être psychologique. La croyance en la vie éternelle, la confiance, l'espoir transmis par les dogmes et des pratiques reliées à la discipline mentale, telles que la méditation, sont susceptibles de prévenir des désordres liés à l'angoisse, à l'anxiété, voire au stress de la vie quotidienne;
5) en interdisant certains actes médicaux, tels que les transfusions sanguines chez les témoins de Jéhovah, le recours à la chirurgie ou à la consommation de médicaments.

*Croyances, coutumes, attitudes et idéologies déterminent, dans une large mesure, notre exposition aux facteurs de risque.*

En accordant un rôle de déterminant de la santé et de la maladie aux aspects culturels, on élargit :

*Le spectre des facteurs explicatifs de l'incidence et de la prévalence des maladies aux caractéristiques de l'environnement physique de la communauté à l'étude, aux ressources économiques disponibles, à l'organisation sociale qui régit les rapports entre groupes, au régime alimentaire de la population, à l'organisation des services préventifs et curatifs ou à toute autre composante de l'environnement social économique ou politique* (Massé, 1995 : 43).

La culture en tant que système dynamique de croyances, de coutumes, d'attitudes et d'idéologies détermine, dans une large mesure, notre exposition aux facteurs de risque : usage de tabac ou de drogues, exposition aux rayons solaires, consommation d'alcool, d'additifs alimentaires et même la pollution. En somme, bien que les facteurs de risque ne peuvent se réduire aux seules influences de la culture, on ne peut les omettre dans le cadre d'une approche écologique qui vise à cerner l'ensemble des éléments qui conditionnent les comportements à risque ou protecteur pour la santé.

### *Conceptions de la santé*

Les représentations de la santé, des maladies et de leurs causes possibles peuvent varier considérablement d'un groupe ethnique à l'autre. Il en découle une importante variation des pratiques liées à la prévention, à la promotion et au maintien de la santé, des soins domestiques (non formels), des comportements

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 59



visant à remédier à un problème de santé et des modes d'utilisation des services. Lorsqu'une personne immigrante rencontre un professionnel de la santé, des incompréhensions sont susceptibles d'apparaître, notamment sur le plan de la conception de la maladie et de la façon d'y remédier. Plus précisément, selon Ferri (1993), la culture médicale nord-américaine se caractérise par cinq points : 1) le principe de rationalité scientifique, 2) les mesures objectives et les données physico-chimiques, 3) le postulat de la dichotomie corps/esprit, 4) l'existence de la maladie en tant qu'entité, 5) l'intervention axée sur la personne malade plutôt que sur la famille.

*Lorsqu'une personne immigrante rencontre un professionnel de la santé, des incompréhensions sont susceptibles d'apparaître.*

Cette conception dite biomédicale est fondée sur des facteurs biophysiques par opposition à une conception plus globale fondée sur des facteurs sociaux, culturels et psychologiques de la maladie. Pour les personnes d'origine vietnamienne, par exemple, plusieurs maladies sont perçues comme le résultat d'un excès de chaud ou de froid dans le corps, et souvent elles seront décrites comme telles aux médecins. Aussi, un Vietnamien se plaignant de chaleur excessive ne veut pas nécessairement dire qu'il fait de la fièvre. Il peut s'agir de symptômes causés par un déséquilibre comme la constipation, une urine foncée, etc. Il en va de même pour les *mauvais airs* (le *caò-gio*) qui peuvent causer des maux de tête et de la toux. Un des traitements possibles pour remédier aux *mauvais airs* consiste à créer de petites contusions sur le corps en frottant avec une pièce de monnaie, une cuillère ou par la succion à l'aide d'un verre chaud qu'on laisse refroidir afin de laisser se contracter l'air qui après un certain temps soulève la peau. À la vue de ces contusions sur le corps des enfants, il n'est pas rare qu'un professionnel de la santé soupçonne à tort de l'abus envers l'enfant.

La plupart des médecines traditionnelles, que ce soit la médecine *ayurvédique* en Inde, l'acupuncture en Chine, les herboristes ou encore les *marrons* en Jamaïque, privilégient une approche dite holistique, c'est-à-dire qu'elles tentent de rendre compte d'un problème de santé précis en le réintégrant dans l'ensemble organique, psychologique, spirituel et social du patient.

Par opposition, la formation et la pratique clinique des professionnels occidentaux de la santé sont fondées sur une définition essentiellement biologique de l'organisme. Lorsqu'il y a un lien entre cette base organique et la détresse subjective, la tendance est de considérer ce sentiment comme irréel, « c'est dans la tête ». Il y a un effort de la part du professionnel pour décoder les plaintes, et convertir les évidences observables en maladies identifiables (Bibeau et coll.,1992).

**Médecine populaire jamaïcaine**

La médecine populaire jamaïcaine est issue des pratiques traditionnelles développées par les marrons (groupe d'esclaves s'étant insurgés contre les propriétaires terriens). Dans la conception marron, être en santé, c'est avoir un corps et un esprit tièdes, ni chauds ni froids. Les maladies d'origine naturelle peuvent être provoquées par le froid, les germes, une diète inadéquate et le manque d'exercice. Tandis que les maladies d'origine surnaturelle sont causées par les duppies, des esprits qui servent autant dieu que le diable, provoquant la maladie chez les uns et guérissant les autres (Doucet et coll. 1997).

La compréhension des causes de la maladie diffère également d'une culture à l'autre. Les causes naturelles sont courantes, mais les causes surnaturelles

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 60

représentent aussi une source d'explications répandue. Chez les Haïtiens, par exemple, les maladies les plus tenaces et les plus graves sont attribuées à l'intervention d'esprits vaudous nommés *maladi diab*. Elles sont la conséquence de l'agression d'une force extérieure manoeuvrée par un conjoint jaloux, un voisin envieux ou un adversaire quelconque. Dans de tels cas, la maladie doit être prise en charge par la famille et un *Houngan* (prêtre vaudou), contrairement aux maladies dont les causes sont naturelles et permettent l'intervention d'un médecin occidental. Notons que le sida est considéré, par la pensée vaudoue comme une maladie envoyée par un sorcier à la solde d'une personne malveillante.

*Le symbole, comme processus thérapeutique, n'est attribué qu'aux médecines traditionnelles, et pourtant...*

Chez les Vietnamiens, les causes surnaturelles concernent plus particulièrement les maladies mentales graves. Les désordres psychologiques reconnus comme étant des maladies mentales n'incluent pas les désordres mineurs telles l'anxiété et les dépressions.

Bien que le symbole comme processus thérapeutique et le rituel comme *métaphore médicale* sont généralement attribués aux médecines traditionnelles, la médecine occidentale, qui privilégie une explication plus strictement biologique et épidémiologique, en est également investie.

*La métaphore chirurgicale n'est pas sans rappeler les rituels thérapeutiques des sociétés dites traditionnelles (Dufresnes, 1985).*

Pour illustrer l'influence de ces dispositions symboliques, Moerman (1979) cite l'efficacité de la *métaphore chirurgicale* et de son effet placebo qui, selon lui, repose largement sur le rayonnement personnel du chirurgien (ou guérisseur) et sur le prestige entourant les rites et les remèdes. À titre d'exemple, il cite diverses études sur le pontage coronarien réalisées aux États-Unis en 1977. La majorité de ces études indiquent que cette opération est une réussite dans 80 % à 90 % des cas, au sens de la réduction des symptômes et de la douleur. Toutefois, Moerman (1979) note que dans 60 % des cas de réussite, le fonctionnement du ventricule demeure inchangé et il est plus mauvais dans 20 % des cas, alors qu'il ne s'est amélioré que dans 20 % des cas. Il est d'ailleurs impossible de démontrer que le pontage prolonge la vie. Qui plus est, dans bien des cas où les patients font état d'une amélioration, la greffe n'a pas pris. En conclusion, le sentiment de guérison ne peut être fondé sur la réussite de l'opération. L'efficacité de la *métaphore chirurgicale*, s'expliquant par le prestige des médecins, leur assurance, la confiance qu'inspire leur équipement, n'est pas ici sans rappeler les rituels thérapeutiques des sociétés dites traditionnelles. Toutefois, les symboles doivent avoir un sens pour le patient, le déploiement technologique ou artisanal doit être conforme à ses connaissances et l'esthétique lui donner des points de repère.

### *Conception familiale et individuelle de la santé*

Les soins de santé et les services sociaux sont fondés sur la croyance que « la famille normale est la famille nucléaire, que l'unité fondamentale de la société est

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 61



l'individu, que les droits individuels sont fondamentaux [...] et que l'objectif de la thérapie (et des bons soins médicaux) est de réintégrer le patient dans la société en tant qu'individu autonome » (Bibeau, 1992 : 237). Or, ces présuppositions ne correspondent pas nécessairement à la réalité de plusieurs cultures où la famille, sous une forme ou une autre, est l'unité de base et non l'individu.

*Plusieurs études sont centrées sur l'individu oubliant que les immigrants arrivent généralement en famille.*

La plupart des études parues au cours des dernières années sur l'immigration sont centrées sur l'individu, ou des groupes d'individus (les femmes, les minorités, les jeunes, etc.), oubliant ainsi que les immigrants, généralement, arrivent et vivent en famille (Vatz-Laaroussi, 1993). Par extension, la santé et le bien-être relèvent bien plus de la sphère familiale qu'individuelle. Cette distinction, comme nous le verrons au chapitre 3, a des conséquences sur plusieurs étapes de la planification d'un programme, entre autres sur le choix de la population à cibler, le type d'intervention et les solutions envisagées.

À titre d'exemple, il est reconnu que les immigrants d'Asie du Sud-Est accorde une importance particulière à l'équilibre social et affectif de la famille et de la communauté. Aussi, plusieurs auteurs encouragent une approche axée sur la dynamique familiale plutôt que sur les besoins individuels (Matsuoka, 1990; Eustache, 1990). Cela aurait entre autres effets de favoriser un climat de confiance entre les travailleurs sociaux et les familles asiatiques.

## *Variabilité de l'organisation des systèmes de santé*

*L'expérience prémigratoire influence le mode d'utilisation des soins de santé et des services sociaux.*

Les migrants arrivent en terre d'accueil avec leurs expériences qui sont propres à un système de santé parfois fort différent. Même si l'immigration place le migrant dans un contexte social et institutionnel nouveau, son regard et ses réflexes vis-à-vis des institutions demeurent les mêmes, à tout le moins pour un certain temps, le temps de son adaptation à ce nouvel environnement. De fait, l'expérience prémigratoire tout comme les conceptions de la santé influencent le mode d'utilisation des soins de santé et des services sociaux. Considérer ces aspects de la réalité migratoire peut parfois aider à comprendre certains comportements qui au premier abord paraissent irrationnels.

Les exemples qui suivent ont pour but d'illustrer certaines différences entre les systèmes de santé qui sont susceptibles d'influencer le comportement des migrants face au système de santé du pays d'accueil. Ils n'ont aucunement la prétention de rendre compte de ces systèmes de manière exhaustive.

### *Systèmes de santé, services sociaux et pratiques*

Pour plusieurs immigrants, « s'il est normal et naturel de se rendre chez le médecin ou à l'hôpital, il l'est beaucoup moins d'avoir recours aux services sociaux, car c'est reconnaître publiquement que l'on a des problèmes » (Bisaillon, 1989 : 13).

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 62

Dans la plupart des pays, il existe une grande variété de stratégies médicales et, fréquemment, la médecine de type occidental côtoie les médecines traditionnelles. Par exemple, au Vietnam, il est courant d'avoir recours, selon le cas, à des remèdes homéopathiques, à l'isolement des porteurs de maladies contagieuses, à une visite au temple, ou encore aux offrandes, etc. Aujourd'hui, bien que les traitements traditionnels demeurent toujours le premier choix des familles, ils cohabitent avec les approches biomédicales propres aux pays occidentaux. Il en va de même en Inde et au Sri Lanka, où les gens auront recours, selon la nature de leur problème, soit à la médecine *ayurvédique,* soit à la médecine occidentale. De fait, pour les maladies infectieuses, les traumatismes et les maladies graves, ils auront recours à la médecine occidentale, alors que pour des malaises ou encore des maladies chroniques ils préféreront la médecine *ayurvédique.* Notons que la médecine *ayurvédique* est organisée au Sri Lanka selon les mêmes barèmes que la médecine occidentale, car elle relève d'un enseignement universitaire et est encadrée par un code déontologique.

Il est également possible que des migrants arrivent de pays où le système de santé offrait peu de services primaires. C'est le cas, notamment, de pays se relevant d'une période de guerre comme le Rwanda, le Salvador ou le Cambodge. Dans ce dernier pays, par exemple, la guerre civile impliquant les Khmers rouges et le régime de Pol Pot a totalement démantelé les infrastructures du système de santé. Depuis, la population n'a pas eu accès à un système organisé de médecine occidentale ni de médecine traditionnelle.

De plus, il existe d'importantes différences entre l'organisation des services de santé au Canada et celle des pays d'où sont originaires la plupart des migrants. Notons, par exemple, qu'au Canada nous retrouvions en moyenne 2,1 médecins pour 1000 habitants en 1996, alors qu'en 1993 cette proportion était de 0,66 au Salvador, de 0,44 au Vietnam, de 0,15 au Sri Lanka, de 0,09 à Haïti et de 0,10 au Cambodge (État du monde, 1999). La médecine occidentale, bien qu'implantée dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, ne jouit pas nécessairement d'une infrastructure permettant un contrôle systématique de la dispensation des soins. Il n'est pas rare que les médicaments soient vendus sans prescription, et que leur consommation soit inadéquate : dose insuffisante, trop courte durée, administrés pour soigner les mauvais symptômes, etc. Une des répercussions les plus fréquentes de cette mauvaise utilisation est le développement, dans plusieurs cas, d'une résistance aux antibiotiques.

*Plusieurs immigrants étant peu familiers avec les notions de prévention et de promotion, les interventions y étant associées peuvent leur paraître inusitées.*

En ce qui a trait aux services sociaux, bien qu'il soit difficile de trouver des informations quantitatives, il est possible de dire que dans la plupart de ces pays, ce secteur est très peu développé. En conséquence, les notions de prévention et de promotion sont parfois inusitées pour plusieurs migrants. Des interventions de type stimulation infantile, répit parental, soutien parental, ou encore des services pour les femmes victimes de violence ou les enfants victimes d'abus leur sont peu familières.

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 63



Dans la plupart des cas, lorsque de tels services sont dispensés, ils le sont par des bénévoles, des missionnaires ou des communautés religieuses, mais aussi par des hôpitaux et des services de l'État lorsque la situation est jugée grave et relève de services spécialisés. Pour plusieurs, ces services sont généralement moins teintés de professionnalisme et relèvent d'approches « [...] plus personnalisées où le contexte est davantage empreint d'un climat de confiance, de solidarité et d'empathie » (Bisaillon, 1989 : 14). Néanmoins, ces services sont généralement le lot des plus pauvres, stigmatisant souvent ceux qui en font usage, même s'il s'agit pour eux d'une solution de dernier recours.

Une fois dans le pays d'accueil, l'usage que font les immigrants des services sociaux et de santé dépend donc en partie de leurs expériences prémigratoires, ainsi que de leur âge, de leur connaissance des services de santé, de la perception qu'ils en ont et, finalement, de l'accueil qui leur est fait dans le réseau (Bisaillon, 1989; Bibeau, 1985).

### *Utilisation des systèmes de santé formels et informels*

*Ils auront recours à l'une ou l'autre de ces médecines selon un itinéraire tracé par leurs besoins, leurs connaissances et leurs croyances.*

Lorsqu'un individu prend conscience de l'apparition d'un ou de plusieurs symptômes lui indiquant la présence d'une maladie quelconque, il se trouve en présence de plusieurs choix possibles interpellant des réseaux différents. Il peut bien sûr se présenter à l'hôpital, à un CLSC ou encore à une clinique privée. Mais il peut aussi décider de consulter un professionnel pratiquant une médecine dite alternative. Il aura recours à l'une ou l'autre de ces médecines selon un itinéraire tracé par ses besoins, ses connaissances et ses croyances. Le secteur professionnel de santé officiel au Québec ne figure dans cet itinéraire que comme une des étapes du processus de maintien de la santé. En réalité, nous dit Bibeau (1985), les divers systèmes de soins ne sont pas exclusifs les uns par rapport aux autres et il est fréquent qu'une même personne ait recours successivement à plusieurs thérapeutes de divers systèmes pour solutionner un même problème de santé. Dans cette perspective, ces multiples consultations visent notamment à trouver une réponse aux multiples facettes d'un problème de santé : physique, psychologique, sociale, etc. (Bibeau, 1985).

**Exemple de l'utilisation de réseaux sociaux**

Les patients d'origine chinoise demeurent dans leur milieu familial même s'ils manifestent d'importants signes psychotiques, et ce tant qu'ils ne deviennent pas violents. La crainte d'être stigmatisée et une plus large acceptation de comportements déviants peuvent expliquer ce seuil de tolérance élevé. Les Anglo-Saxons et les Canadiens d'origine européenne, quant à eux, se présentent aux services d'eux-mêmes ou sont mis en contact par un membre de la famille dès les premières manifestations. (Étude menée à Vancouver par Lin et coll.,1978).

Le cheminement de recherche d'aide peut donc emprunter plusieurs formes, et varier d'un groupe ethnique à l'autre. Bibeau (1985) identifie quelques déterminants permettant de baliser ce cheminement :

1) *déterminants socio-démographiques* : l'âge, le sexe, la durée d'immigration, la classe sociale, etc., peuvent aider à comprendre les variations intra-ethniques des comportements de consommation des services de santé;

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 64

2) *déterminants organisationnels* : le degré d'information possédé sur les services formels et non formels de santé ainsi que le niveau de satisfaction face à ceux-ci;
3) *déterminants psychologiques* : importance de la *détresse* psychologique liée aux effets possibles de la consultation (sentiment d'incompréhension, conseil allant à l'encontre de certaines croyances ou habitudes de vie, etc.);
4) *déterminants culturels* : prise en compte des conceptions occidentales (biomédicales) de la santé et de l'existence de réseaux spécifiques parallèles jouant un rôle dans la décision de consulter ou non.

Certains groupes ethniques, notamment ceux installés au Québec de longue date, possèdent un réseau de services parallèles plus élaboré que d'autres, ce qui influence le choix qu'ils feront des services (ex. : les communautés juive et chinoise). Les réseaux parallèles pallient aux manques du système de santé formel en prodiguant des soins dans la langue du bénéficiaire, en partageant une même conception de la maladie, de ses causes et de la façon d'y remédier. Le malade y trouve des repères qui souvent sont absents dans les autres établissements de santé. Les modes d'utilisation des divers services sociaux et de santé formels, et leur sous-utilisation soulèvent donc des questions quant à leur accessibilité et leur adaptation aux particularités culturelles de ces populations.

### *Accessibilité et adaptabilité des services*

*Poser comme principe que c'est aux immigrants de s'adapter à nos services occulte le fait que ces derniers ont été invités à s'installer chez nous dans le cadre d'une politique nationale consciente et planifiée d'immigration. Une telle approche ne fait que remettre à plus tard la gestion de problèmes de santé plus graves qui découleront d'un recours inadéquat aux services, en particulier aux services préventifs (Massé, 1995 : 428).*

L'amélioration de l'accessibilité des services et leur adaptation culturelle sont des processus qui soulèvent de nombreuses questions quant à leur potentiel et à leurs limites. Jusqu'où faut-il aller ? Cette préoccupation est dépendante de l'idée d'une « *accommodation raisonnable* » entre les valeurs véhiculées par les nouveaux arrivants et celles de la société d'accueil. Aussi, la reconnaissance des besoins de cette clientèle pose un nouveau défi aux services de santé, soit les aider à conserver l'état de bonne santé qu'ils présentaient, en moyenne, en arrivant au Canada. Car cet état de bonne santé, comme l'ont démontré quelques études, semble se détériorer au fil des ans (Chen et coll., 1996).

*La reconnaissance des besoins de cette clientèle pose de nouveaux défis.*

La question de l'utilisation des services de santé est particulièrement complexe dans la mesure où même la population des groupes majoritaires semble sous-utiliser certains services de santé. Il est toutefois possible de distinguer une série de facteurs susceptibles de limiter, chez les immigrants, l'utilisation des services. Ces facteurs peuvent être liés tant à des barrières organisationnelles qu'à une propension des immigrants eux-mêmes à se soustraire à ces services qui ne reflètent pas toujours leurs préoccupations (Battaglini et coll., 1997; Heneman et coll., 1994; Massé, 1995).

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 65



### *Sous-utilisation des services sociaux et de santé*

L'état de santé des migrants n'est pas le seul fait de leur expérience prémigratoire ou de leur bagage génétique, des facteurs sur lesquels la société d'accueil n'a d'ailleurs aucune emprise. Leur état de santé est également lié aux conditions dites postmigratoires qui relèvent, en partie, des autorités gouvernementales et des intervenants (l'accessibilité des services et des programmes). Les facteurs postmigratoires sont modifiables et, selon Massé (1995), cette responsabilité revient à ceux qui développent les programmes de santé et de services sociaux. Ceci est valable également pour l'adaptation des services, la formation des intervenants et les partenariats avec des organismes communautaires oeuvrant directement auprès de clientèles issues de groupes ethniques minoritaires. Bien que les programmes s'adressent à l'ensemble de la population, les équipes de santé publique sont appelées à jouer un rôle clef dans l'adaptation des programmes aux besoins de ces communautés, et à veiller à ce que le contenu des programmes soit adapté à la société québécoise d'aujourd'hui.

*Les équipes de santé publique sont appelées à jouer un rôle clef dans l'adaptation des programmes.*

Plusieurs recherches démontrent la faible utilisation par les immigrants des services de santé (Beiser, 1988; Bibeau et coll., 1992) dont les CLSC qui figurent parmi les institutions les moins consultées, à la fois pour les services de soins et les services sociaux. Des rapports d'enquête plus récents observent que les taux de fréquentation des bureaux privés et des hôpitaux pour les soins curatifs sont comparables entre les familles immigrantes récentes ou anciennes et la population née au Canada (Chen et coll., 1996; Heneman et coll., 1994; Cousineau, 1990). Quant aux services préventifs, on constate plutôt une sous-utilisation des services par les personnes immigrantes (Short et Johnston, 1994).

Pour Bibeau et coll. (1992) et Beiser (1988), l'accès aux services de santé constitue l'un des problèmes fondamentaux pour les immigrants, et ce, malgré leur gratuité universelle et les politiques d'accessibilité mises de l'avant par le gouvernement.

Depuis les dernières années, les commissions scolaires, les Centre locaux de services communautaires (CLSC), les Centres de services sociaux et la Communauté urbaine de Montréal ont adopté des politiques et des programmes d'intervention visant à favoriser une meilleure accessibilité des services aux groupes ethniques. Toutefois, ces efforts ont surtout été

**Orientations 1994-1997 :**
**Mandats et responsabilités de chaque établissement**

- *Nommer un cadre répondant au dossier de l'accessibilité de services aux communautés culturelles.*
- *Élaborer, en collaboration avec les organismes communautaires des communautés culturelles un plan d'accès aux services pour la clientèle immigrante.*
- *Tenir compte de la présence et des besoins particuliers des personnes issues des communautés culturelles (élaboration des programmes)*
- *Tenir compte des besoins de formation interculturelle.«*
  *Encourager le personnel à participer aux programmes de sensibilisation en relations interculturelles.*
- *Produire un bilan annuel des résultats de la mise en application d'un plan d'accès.*
- *S'assurer d'une représentation adéquate de la composition ethnique au sein du personnel.*
- *Voir à ce que les programmes d'information rejoignent les personnes issues des communautés culturelles.*

(Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles*. Éditeur officiel du Québec)

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 66

orientés vers les relations interpersonnelles entre intervenants et usagers des services (Jacob et coll., 1996), et très peu sur l'adaptation des services à de nouvelles réalités ou à l'adéquation entre les programmes, les modèles d'intervention et les besoins des immigrants et des réfugiés, notamment par l'implication d'intervenants issus de groupes minoritaires et en considérant les différentes conceptions de la santé, de la maladie, de la vie, de la mort ou de l'éducation.

*L'adaptation culturelle, le fait d'une pratique silencieuse.*

D'évidence, rarement l'adaptation des programmes s'est-elle retrouvée au palier de la planification et de la définition des priorités, demeurant le fait d'une « pratique silencieuse », c'est-à-dire d'un travail individuel, non officiel, non spectaculaire, mais qui participe à une transformation chez les usagers (Roy, 1991). Cette pratique silencieuse est un espace d'autonomie qui implique presque exclusivement l'intervenant, lequel doit le plus souvent s'écarter de ce qui a été planifié afin de rejoindre les besoins diversifiés des usagers (Battaglini et coll., 1997).

Des efforts d'adaptation des services ont été faits au plan linguistique, soit par le recrutement de professionnels appartenant aux groupes ethniques majoritaires de la région, soit par le recours à des services de traduction. Mais la sous-utilisation des services par les personnes de groupes ethniques minoritaires permet de croire que ces efforts demeurent insuffisants, et laissent entrevoir un éventail de barrières toujours existantes qui limitent l'accès aux services. Ces barrières sont certes culturelles, mais également liées aux approches technocratiques, aux modèles d'intervention, à l'absence de perspective communautaire, à certaines formes de racisme et à la discrimination toujours présente (Jacob, 1996).

## *Barrières limitant l'accès aux services*

Les barrières limitant l'accès aux services sont de différents ordres. D'abord, elles relèvent tout autant d'aspects structurels que culturels. Ces barrières peuvent être résumées comme suit :

1) *méconnaissance des ressources disponibles;*
2) *difficultés dites objectives (économique, géographique, linguistique et administrative);*
3) *problèmes linguistiques et de communication;*
4) *facteur lié à la perception et à la culture.*

L'importance de chacun de ces facteurs limitant l'accès aux services varie d'un groupe ethnique à l'autre, et devient d'autant plus effectif qu'ils sont combinés chez un même individu ou au sein d'une même famille.

### *Méconnaissance des ressources disponibles*

La méconnaissance des établissements, de leur rôle respectif ainsi que de leur mode de fonctionnement est reconnue officiellement depuis 1987 par le gouvernement

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 67



du Québec comme une des principales barrières à l'accessibilité des services. Cette difficulté peut cependant varier considérablement d'une communauté à l'autre ainsi que chez les nouveaux arrivants. À titre d'exemple, une étude menée auprès de Montréalais d'origine chinoise, a permis de constater que seulement 25 % d'entre eux connaissaient l'existence des services sociaux du secteur public et seulement 3,3 % y avaient recours (Guberman et coll., 1997). De façon plus générale, une étude menée par le Conseil des communautés culturelles et de l'immigration du Québec a permis de constater que 61 % des membres de groupes ethniques au Québec ne connaissaient pas les services d'aide à la famille (1987).

### *Difficultés d'accessibilité dites objectives*

*Les difficultés dites objectives : facteurs économiques, géographiques, administratifs et linguistiques.*

Les difficultés dites objectives découlent de facteurs économiques, géographiques, administratifs et linguistiques. Bien que le principe de gratuité universelle ait résolu plusieurs difficultés d'un point de vue économique, il reste que plusieurs familles et individus manquent d'argent pour se payer des billets d'autobus, pour le gardiennage des enfants ou encore pour se procurer des vêtements adéquats lors de la saison hivernale. D'un point de vue géographique, plusieurs personnes immigrantes se plaignent du fait que les institutions sont trop éloignées de leur domicile, qu'il faut donc trop de temps pour s'y rendre ou encore que plusieurs moyens de transport sont nécessaires pour y avoir accès. Finalement, certaines modalités administratives, comme par exemple les démarches pour avoir accès à un service, les horaires et l'éloignement entre les rendez-vous, représentent pour plusieurs des difficultés d'accessibilité. Les difficultés linguistiques, c'est-à-dire la méconnaissance de la langue française ou anglaise, les difficultés à se faire comprendre ou à comprendre les autres, diminuent directement les possibilités d'accessibilité aux services.

L'étude de Heneman et coll. (1994) nous indique que pour les services de santé, les difficultés linguistiques sont les plus fréquemment mentionnées, entre autres chez les jeunes familles immigrantes, suivies des difficultés d'ordre administratif. En ce qui a trait aux services sociaux, les difficultés d'ordre administratif sont les plus fréquemment mentionnées, alors que les difficultés linguistiques suivent et sont légèrement plus fréquentes que les difficultés liées à l'accessibilité géographique. Bien que présentes, les difficultés de nature économique semblent moins déterminantes pour l'accessibilité aux services.

### *Barrières de la langue et de la communication*

*Le migrant parlant la langue du pays d'accueil l'utilisera avec les représentations sociales, et les références symboliques propres à sa langue maternelle.*

Bien que la barrière linguistique soit la plus fréquemment évoquée par la plupart des services et par la clientèle elle-même, il importe de distinguer les difficultés liées à la connaissance des langues officielles de la compréhension des concepts. Deux personnes de cultures différentes peuvent en effet parler la même langue sans pour autant se comprendre (tableau 6). Le migrant parlant la langue du pays d'accueil l'utilisera néanmoins avec les représentations sociales, les références linguistiques et symboliques propres à ses valeurs culturelles ou à sa langue maternelle.

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 68

En ce qui a trait à la barrière linguistique, une personne ne parlant ni le français ni l'anglais aura de *facto* des difficultés d'accessibilité. La plupart des études rendent compte de cette difficulté que doivent surmonter un grand nombre de personnes immigrantes. Par ailleurs, l'étude de Battaglini et coll. (1997) a permis de constater que les difficultés de communication relevant d'incompréhensions d'ordre culturel, tout aussi fréquentes, sont parfois plus complexes à surmonter. En fait, là où la patience et l'imagination peuvent suffire pour franchir les barrières strictement linguistiques, un effort considérable et de nature différente doit être déployé afin de surmonter celles de l'incompréhension. À cet égard, on note que les ressources d'interprètes sont plutôt limitées, sinon assez onéreuses. Cela est d'autant plus vrai dans le cas d'interprètes culturels qui permettraient de mieux comprendre certaines attitudes ou comportements qui relèvent de valeurs, de croyances ou d'idéologies différentes.

Par ailleurs, la langue et la communication font appel à deux enjeux de nature différente. La langue soulève la question de l'accessibilité et la communication celle de l'adaptation des services.

**Tableau 6 :**
**Facteurs organisationnels pouvant influencer l'accessibilité**

- Modes d'information à la population.
- Proximité géographique.
- Présence d'intervenants du même groupe ethnique.
- Maîtrise de la langue du groupe concerné par les intervenants (accès à des interprètes culturels).
- Degré de connaissance de la culture du groupe.
- Degré d'adaptation culturelle des approches d'intervention aux spécificités du ou des groupes concernés.
- Valeurs, croyances, attitudes des intervenants à l'égard de la santé, de la maladie, des problèmes personnels et sociaux et des modes de résolution des problèmes.

(Guberman et coll., 1997)

Par exemple, une connaissance insuffisante du français ou de l'anglais rend un individu imperméable à certaines campagnes promotionnelles. Par ailleurs, plusieurs services sociaux sont basés sur la discussion et les échanges (soutien parental, groupe d'échanges, etc.). Dans le cadre de ces services, l'animateur doit choisir une langue commune, souvent le français ou l'anglais, ce qui exclut d'emblée les allophones[6].

Les ressources d'interprètes peuvent s'avérer utiles pour améliorer l'accessibilité, mais insuffisantes pour établir une communication efficace. Comprendre les représentations populaires des rôles parentaux, considérer les différentes conceptions de la santé, valider la compréhension d'un traitement, inciter les participants à exprimer leurs opinions, adapter les thèmes et déterminer des points de convergence dépassent les compétences strictement linguistiques. Cela exige une ouverture franche à la différence ainsi que l'audace de sortir du cadre d'une animation conventionnelle afin d'établir un dialogue avec la personne concernée.

### *Facteurs liés aux perceptions et à la culture*

Pour certains, les facteurs liés à la perception et à la culture sont plus déterminants que les difficultés dites objectives d'accessibilité. Les perceptions seraient déterminantes, car elles sont façonnées à travers les contacts avec la

[6] Nous entendons ici par allophones, des personnes dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais et dont la langue d'usage est autre.

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 69



communauté dominante et transposées aux services sociaux et de santé. Ainsi, plusieurs s'attendent à ce que leurs problèmes ne soient pas compris par les intervenants des services sociaux; qu'on ne pourra pas de toute façon les aider adéquatement par rapport à ces problèmes; qu'ils seraient de toute façon gênés d'en parler; qu'ils craignent de rencontrer des attitudes discriminatoires; que les lieux de certaines institutions où sont offerts des services sont peu hospitaliers, froids et impersonnels (Guberman et coll., 1997; Bisaillon, 1989). Ainsi, les perceptions négatives, fondées ou non, des services sociaux et de santé, auront un impact certain quant à leur utilisation.

En ce qui a trait à la culture, on fait référence aux besoins qui sont subjectivement construits en fonction de croyances, de perceptions, de valeurs et de normes sociales qui régissent les attitudes à l'égard de la santé, de la maladie et des problèmes personnels et sociaux. Bref, un construit culturel des besoins reliés à la santé qui conditionne la logique de l'utilisation des services. Aussi, les comportements observables d'une personne utilisant les services sociaux ou de santé sont régis par ces systèmes de valeurs et constituent une réaction aux valeurs véhiculées par ces services.

### *Adaptation culturelle des services*

*Les services qui tardent à s'adapter à la pluralité culturelle érigent involontairement des barrières à l'accessibilité.*

Les services qui tardent à s'adapter à la pluralité culturelle, entre autres par manque de souplesse, érigent involontairement des barrières à l'accessibilité. Cette non-adaptation des services peut être perçue selon deux dimensions : le maintien de certaines modalités de fonctionnement (critères de participation, horaires, assiduité, fréquence, etc.), et la rigidité du déroulement des interventions (thèmes abordés, contenu, techniques d'animation, etc.). À titre d'exemple, certains critères de participation peuvent paraître rébarbatifs pour plusieurs, notamment l'assiduité et la ponctualité, deux notions caractérisant plutôt le mode de vie occidental.

Par ailleurs, la grande mixité culturelle et ethnique de la clientèle sur la plupart des territoires montréalais est telle qu'il ne saurait y avoir d'adaptation culturelle standard des services, mais plutôt un ensemble de facteurs facilitant leur adaptation (Battaglini et coll., 1997; Heneman et coll., 1994). En contexte d'intervention pluriethnique, cela suppose d'abord et avant tout de considérer l'existence, parmi la clientèle, d'une variation importante d'habitudes de vie, de croyances, de représentations de la maladie, du bien-être et de la santé, des langues et des modes d'utilisation des services. Ces considérations, effectives autant lors de l'élaboration des services qu'au moment de leur mise en œuvre, sont susceptibles d'entraîner une remise en question des objectifs, du contenu ainsi que des solutions envisagées dans le cadre d'un programme ou d'un service (voir chapitre 3 pour plus de détails).

D'autres facteurs facilitants découlent de ces considérations, tels que l'adaptation des modes d'information et des stratégies de recrutement; la

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 70

*Facteurs facilitant l'adaptation : la formation, la communication interculturelle et la reconnaissance de l'expérience migratoire.*

présence, au sein des services, d'intervenants des mêmes groupes ethniques, lesquels peuvent faire partie du personnel ou être impliqués grâce à un partenariat avec un organisme communautaire; des formations, visant à améliorer la communication interculturelle et les connaissances concernant les principaux groupes ethniques présents sur le territoire ainsi qu'une reconnaissance de l'expérience migratoire.

Enfin, le maintien des contenus et des thèmes abordés lors d'ateliers ou encore d'activités peut donner l'impression aux migrants que certains services représentent des instruments d'assimilation et de domination « dans la mesure où les changements souhaités par l'intervention sont établis en fonction de normes québécoises » (Bisaillon, 1989 : 20). Trop souvent, le changement social et culturel des migrants est conçu de façon linéaire, comme le passage naturel d'une société traditionnelle à une société moderne, de la culture d'origine à la culture d'accueil.

*Les stratégies d'acculturation ne sont pas linéaires, mais complexes et multiples.*

Cette conception linéaire du processus d'acculturation est tributaire des théories évolutionnistes considérant comme allant de soi l'adoption par les migrants des formes sociales que lui offre la *modernité* de notre société : structure familiale nucléaire, émancipation du statut de la femme, développement de l'individualisme et laïcisation (Cohen-Émerique, 1993). Ce faisant, on oublie que notre modernité est spécifique à un contexte social, historique et culturel et que les stratégies d'acculturation ne sont pas linéaires, mais complexes et multiples (voir page 38). Aussi, une réflexion s'impose afin de maintenir un doute vis-à-vis de nos présupposés qui trop facilement se transforment en évidences sous le couvert de données scientifiques ou simplement parce qu'il en a toujours été ainsi. Il s'agit en quelque sorte de relativiser à d'autres contextes culturels pour éliminer l'impression, véritable ou non, que donnent certaines interventions d'être des *instruments d'assimilation*.

Il va sans dire, l'adaptation culturelle constitue un important défi pour la santé publique, et ce, à tous les paliers organisationnels, allant de la planification à la mise en œuvre. Diverses études, dont celle de Bisaillon (1989) sur l'accessibilité des services et celle de Legault et Lafrenière (1992) qui traite des principales difficultés rencontrées par des intervenantes sociales travaillant auprès de femmes immigrantes, nous fournissent des exemples:

1) Les interventions peuvent être perçues par les migrants comme des outils d'acculturation et de domination. D'où l'importance d'une *prise en compte de la culture, de l'histoire, de la perception et des particularités de la clientèle*.

2) L'attitude professionnelle suppose une certaine distance, ou du moins une neutralité qui souvent est incompatible avec les besoins de certains migrants, lesquels s'attendent à une relation plus intime, voire plus familière. D'où l'importance de développer un *équilibre entre une approche professionnelle et personnelle.*

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 71



3) La barrière de la langue, la méconnaissance du système de santé ou encore la peur de se faire étiqueter par une quelconque autorité puis expatrier font qu'un grand nombre de personnes hésiteront avant de consulter les services sociaux associés au gouvernement.

4) Le mode d'éducation des enfants, les rapports homme/femme et la notion de famille constituent autant de zones d'incompréhensions culturelles qui peuvent tenir à l'écart des personnes qui, pourtant, pourraient profiter des services sociaux. D'où l'importance de développer la capacité de *surmonter la confrontation des systèmes de valeurs.*

Pour dépasser les incompréhensions culturelles lors d'interventions, Bibeau suggère « que l'intervenant s'engage dans un dialogue avec le patient dans le but de scruter les valeurs réciproques, les préjugés et les biais qui handicapent souvent la communication » (Bibeau et coll., 1992 : 247). Cet effort permet également au professionnel de relativiser ses points de vue en fonction de ceux qui lui sont présentés. Les incompréhensions d'ordre culturel, outre les risques de dérive raciste qu'elles comportent, peuvent avoir des conséquences simplement contre-productives. En effet, si le contenu et les objectifs du programme n'ont aucun sens pour le client, sa motivation et sa participation en souffriront. Une des façons de gérer ces incompréhensions culturelles est de prévoir des écarts entre les objectifs de planification et la réalisation, résultats d'une flexibilité permettant un ajustement continu à la réalité de la clientèle.

*Une des façons de gérer les incompréhensions culturelles est de prévoir des écarts entre les objectifs de planification et la réalisation.*

### *Les programmes de prévention et de promotion*

Les migrants, au moment de leur arrivée, forment dans l'ensemble une catégorie d'individus en bonne santé, supérieure même à celle des personnes nées au Canada. Ce n'est qu'après une dizaine d'années que leur état de santé se rapproche, en moyenne, de celui de la population née au Canada (Chen et coll., 1996). Cette situation représente un défi intéressant, à savoir comment conserver le potentiel de bonne santé des nouveaux arrivants au Canada ? (Vissandjé et coll., 1997).

À cet effet, la promotion de la santé fait face à un double enjeu. Le premier consiste à développer des stratégies permettant de maintenir leur état de santé : programmes d'éducation sanitaire, diffusion d'information et de conseils, soutien et développement d'aptitudes et de connaissances permettant de déjouer la maladie et de choisir de saines habitudes de vie. Le second enjeu est lié à l'intégration, c'est-à-dire à l'adoption de comportements adaptés à leur nouvel

**Écart des perceptions**

L'écart entre les priorités privilégiées par les professionnels de la santé et certaines catégories populationnelles peut conduire à l'échec de certains programmes de promotion. Les programmes de gratuité de soins dentaires destinés aux enfants dans les années 1980 au Québec nous en fournissent un exemple. La préoccupation première de ce programme était la carie dentaire. Or, cette préoccupation ne retenait pas ou très peu l'attention des couches défavorisées, qui avaient d'autres préoccupations plus urgentes à leurs yeux. En conséquence, ce programme n'a aucunement contribué à diminuer les écarts de santé dentaire des enfants de classes sociales différentes (Massé, 1995).

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 72

environnement, sans pour autant tomber dans le piège de l'ethnocentrisme et de l'assimilation.

*La motivation nécessaire à l'adoption des comportements promus est infime s'ils ne traduisent pas la conception de la santé propre aux populations ciblées.*

Les programmes de promotion comportent en effet certains pièges, puisque le contenu et la forme qu'ils empruntent reflètent les valeurs de ceux qui les élaborent plutôt que celles de leurs destinataires. Cette situation est révélatrice de certains écarts existant entre la perspective des intervenants et celles des bénéficiaires. On ne peut faire abstraction du fait qu'en quittant leur pays, les personnes immigrantes ne délaissent pas pour autant leur culture d'origine. En fait, ils transposent dans la société d'accueil leurs habitudes reliées à l'alimentation, aux relations sexuelles, à la consommation de tabac et d'alcool, à l'activité physique, à l'éducation des enfants, etc. Du coup, ils continuent d'adhérer à leurs croyances relatives à la maladie, à ses causes, à sa nature, à ses conséquences et aux traitements qui leur apparaissent adéquats. Or, la motivation nécessaire à l'adoption des comportements promus est infime s'ils ne traduisent pas, d'une certaine manière, la conception de la santé propre aux populations ciblées. En effet, « quand un individu agit en fonction de sa propre conception et possède un certain contrôle sur les éléments qui favorisent sa santé, il s'avère plus motivé à changer ses habitudes de vie » (Vissandjé et coll., 1997 : 6).

### Comportements risqués ou non ?

Des comportements ne constituant pas de risque en soi pour la santé peuvent le devenir s'ils sont mal adaptés à la nouvelle société. Par exemple, le fait pour un enfant de se coucher à minuit ne représente pas un problème s'il vit dans l'hémisphère sud, car il peut profiter du soleil le lendemain. Ce qui n'est pas le cas dans l'hémisphère nord, où la saison hivernale est marquée par une réduction des heures ensoleillées. L'hésitation à recourir à des services publics pour des problèmes qui, dans le pays d'origine, relevaient de la sphère privée (violence conjugale, abus, négligence, etc.) peut devenir un facteur de risque, alors qu'en situation d'immigration les réseaux sont éclatés, et les mécanismes sociaux de protection absents.

Ce qui soulève une autre question : pourquoi changer d'habitudes de vie ? Une des principales motivations est reliée au désir de s'intégrer à une nouvelle société, et d'aider les enfants à en faire autant. En ce sens, s'intégrer veut aussi dire adopter des comportements cohérents avec le nouvel environnement physique, social et institutionnel. Dans ce contexte, remplacer un comportement par un nouveau est d'autant plus significatif qu'il s'insère dans une perspective d'intégration, d'amélioration globale des conditions de vie. Ce faisant, pour maintenir l'état de bonne santé des personnes immigrantes, le souci de préserver des comportements différents devrait être présent, certes, mais non au point de les cloisonner dans leur culture. Toutefois, encore faut-il reconnaître l'équivalence dans la diversité.

À Montréal, les priorités institutionnelles liées à la santé et au bien-être sur le plan de l'adaptation sociale visent entre autres à prévenir les abus sexuels, la négligence et la violence à l'endroit des enfants, les troubles de comportement des enfants et la violence faite aux femmes. Ces objectifs reflètent des valeurs et une conception particulière de la santé et du bien-être. Si l'on considère ces problématiques sous un angle transculturel, celles-ci étant présentes dans la plupart des groupes ethniques, la façon de les aborder peut varier considérablement.

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 73



En ce qui a trait à la violence conjugale, dans plusieurs communautés, il s'agit d'un problème qui relève du domaine privé et qui demeure avant tout une affaire familiale, d'où la possible incompréhension d'une intervention externe.

Pour plusieurs immigrants, la façon d'élever les enfants au Québec est trop permissive, alors que nombre d'intervenants considèrent que les membres de certains groupes ethniques exercent une discipline trop rigide, parfois physique, qui à leurs yeux est inacceptable (Battaglini et coll., 1997). Il en va de même pour la notion d'abus envers un enfant : à partir de quand et pour quelles raisons peut-on dire qu'il y a abus ? Les critères de la société québécoise à cet égard, ainsi que les mécanismes mis en place, notamment la Direction de la protection de la jeunesse, peuvent être en contradiction avec la vision de l'éducation préconisée par certains groupes minoritaires. Ils peuvent même représenter, pour plusieurs, un frein à l'exercice de leur rôle parental.

### La maltraitance

La **maltraitance** représente aux yeux de plusieurs un comportement inacceptable et, souvent, les corrections physiques envers un enfant peuvent être interprétées comme une manifestation de maltraitance. Il faut toutefois être en mesure de nuancer. La correction physique est un modèle disciplinaire courant dans plusieurs pays. Elle s'imbrique dans une histoire, une vision du monde et une façon de se représenter l'éducation des enfants. Partout, il existe des transgressions qui appellent une correction soit physique, soit psychologique. Les degrés de tolérance varient, ainsi que l'intensité des corrections acceptables. À cet effet, certains critères d'évaluation de la maltraitance peuvent être utiles :

- Le châtiment a-t-il un sens ? Est-il donné par les parents pour des comportements de l'enfant jugés comme étant une transgression grave dans la culture d'origine ?
- Y a-t-il cohérence entre l'intensité de la punition et la faute commise ?
- Le réseau d'insertion communautaire tient-il un rôle de contrôle auprès des parents pour ce genre d'attitudes ?
- L'enfant connaît-il les critères d'évaluation de son comportement dans la culture d'origine de ses parents ?

Il importe de se questionner sur les raisons de ces comportements, sur ce qui leur donne un sens, dans une optique de réduction des méfaits (Cohen-Émerique, 1997).

Les programmes de prévention du cancer du sein constituent un autre exemple de ces différentes perspectives. La campagne de prévention repose sur l'auto-examen des seins. Or, pratiquer cet auto-examen sous-tend la capacité de faire abstraction du fait que le sein a également une valeur sexuelle, que la femme peut prendre en charge sa propre santé en posant un diagnostic elle-même, qu'elle peut accepter seule les conséquences de ce diagnostic (cancer, mastectomie, conséquences esthétiques, psychologiques et sociales), etc. En somme, l'auto-palpation reflète un modèle où l'organe est séparé de son tout, d'où la difficulté d'adopter ce geste préventif pour plusieurs femmes.

Ces programmes ont tantôt un volet préventif, tantôt un volet promotionnel de la santé et du bien-être. On s'entend pour dire que la promotion « est fondée sur un désir de croissance, sur l'expression du potentiel humain et sur une certaine qualité de vie, alors que la prévention relève de comportements visant la suppression ou l'évitement des menaces à la santé. » (Vissandjé et coll., 1997 : 5; Pender, 1987; Hartweg, 1990). Alors que

### Conception de la santé et de la prévention : exemple haïtien

Chez les Haïtiens, l'embonpoint est associé à la santé et au bonheur, alors que la maigreur signifie la présence de maladies découlant de problèmes psychologiques ou émotionnels. Une alimentation équilibrée doit comporter des aliments dits « lourds » (bananes bouillies, maïs, patates, etc.), consommés le jour pour avoir plus d'énergie, et des aliments dits « légers » (chocolat, pain, soupes, etc.) consommés le soir. Bien que l'adaptation au contexte occidental impose parfois de prendre des repas lourds le soir après un repas léger le midi, notamment en milieu de travail, une approche préventive ne peut espérer être véritablement efficace si elle ne considère pas cette facette de la culture haïtienne (Massé, 1995).

34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 74

la prévention est orientée vers des actions visant à diminuer la probabilité d'être malade, les programmes de promotion visent, par l'adoption de nouvelles habitudes de vie, le transfert de valeurs et d'attitudes qui supposent l'intégration par la population de nouveaux comportements considérés plus sains pour la santé. Cette distinction permet d'envisager, selon Vissandjé et coll. (1997), deux stratégies visant à maintenir l'état de santé des populations immigrantes :

- Premièrement, étant donné que la notion de promotion de la santé chez les immigrants ne coïncide pas nécessairement avec les conceptions nord-américaines, des efforts doivent être faits afin de mieux connaître leurs définitions de la promotion de la santé et les comportements s'y rattachant. Ceci dans le but d'élaborer des programmes dont les composantes promotionnelles offriraient des points de repère auxquels ces derniers pourraient se référer, et proposer des habitudes et des comportements qu'ils pourraient s'approprier.

- Deuxièmement, des services préventifs de santé, adaptés aux besoins des immigrants, devraient être offerts parallèlement aux stratégies de promotion, afin de contrer les conditions de vulnérabilité émergeant des circonstances migratoires : pauvreté, déqualification, isolement, séquelles psychologiques, etc.

## *Conclusion*

Dans ce chapitre, la relation entre culture et santé a été abordée de manière à en illustrer les principales implications pour l'adaptation des services sociaux et de santé tant de première que de seconde ligne.

Comme nous l'avons vu brièvement, cette relation entre culture et santé s'exprime de diverses façons, notamment par de multiples conceptions de la santé et des soins, par une variation de l'organisation des systèmes de santé dans le monde et des modes d'utilisation de ces services. Il a été avancé, également, que la culture peut tenir un rôle de déterminant de la santé, car non seulement elle conditionne largement notre exposition à des facteurs de risque et de protection, mais elle permet aussi de donner un sens à nos comportements. Un sens qui dépasse, et de loin, leur seule signification sanitaire.

Or, c'est d'abord par la prise en considération de cette diversité des conceptions, des comportements et du sens qu'on leur accorde qu'il devient possible de surmonter les barrières limitant l'accès aux services. Qui plus est, il s'agit là d'une condition de réussite dans le cas des programmes de prévention et de promotion par lesquels, justement, l'on tente de véhiculer des valeurs et des significations nouvelles associées à des comportements quotidiens.

Mais comment, dans un tel contexte de diversité culturelle, est-il possible d'adapter adéquatement des services, des interventions et des programmes

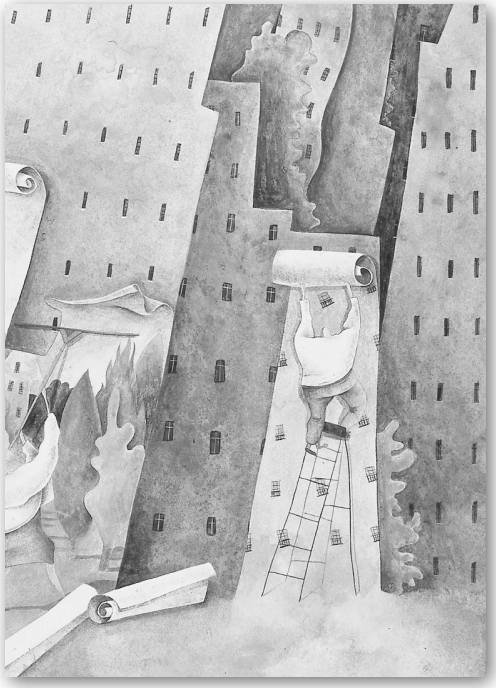
34711 2e partie 8/28/06 1:16 PM Page 75



de prévention ou de promotion ? Le planifier dès le départ peut représenter une solution, mais de nombreux enjeux et autant de questions sous-tendent cette démarche. En fait, chacune des étapes associées au processus de planification dans le milieu de la santé comporte des enjeux relatifs à l'adaptation culturelle.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 76

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 77



*CHAPITRE*

3

# *Diversité culturelle et planification de la santé*

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 78

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 79

*CHAPITRE*

# 3 DIVERSITÉ CULTURELLE ET PLANIFICATION DE LA SANTÉ

***Alex Battaglini, Sylvie Gravel***

Il est difficile de proposer une définition unique de la planification de la santé, les approches étant multiples et le processus complexe. Ce chapitre n'a aucunement la prétention de rendre compte des différents processus possibles en planification de la santé, mais bien de saisir les enjeux découlant de considérations culturelles lors de ce processus, et plus particulièrement concernant les groupes ethniques et les populations immigrantes. Nous ne nous attarderons donc qu'à certains aspects de la planification qui nous semblent les plus touchés par ces dimensions.

Comme nous l'avons mentionné au premier chapitre, certaines difficultés vécues par les populations immigrantes et les groupes ethniques peuvent être exacerbées par les processus migratoire et d'intégration. Ces difficultés sont également observables dans le cadre de l'utilisation des services sociaux et de santé. Ceci est en partie attribuable aux conceptions de la santé qui émanent d'influences culturelles spécifiques, présentes tant dans la pratique que dans la planification des services. Aussi, dans le cadre de ces services, les populations immigrantes et des groupes ethniques sont susceptibles « de vivre un choc qui sera d'autant plus grand que les assises culturelles du groupe dominant s'imposent avec force » (Bibeau et coll., 1992 : 27), allant parfois jusqu'à nier leurs connaissances et leurs valeurs propres.

*Les populations immigrantes sont susceptibles « de vivre un choc qui sera d'autant plus grand que les assises culturelles du groupe dominant s'imposent avec force »* (Bibeau et coll., 1992 : 27).

Un des principaux enjeux pour la planification des services est donc de savoir tenir compte de ces différences culturelles tout en respectant les valeurs et le savoir-faire propres à la population hôte et à ses institutions. Il s'agit bien sûr d'un enjeu éthique, à la croisée de la santé, de l'intégration et de la diversité culturelle.

*Savoir tenir compte des différences culturelles tout en respectant les valeurs et le savoir-faire propres à la population hôte et à ses institutions.*

Ce chapitre propose donc d'aborder cet enjeu en examinant les étapes de planification qui aujourd'hui sont les plus communes dans le domaine de la santé publique[7].

De façon générale, il est possible de dire que la planification est par définition prospective, qu'elle concerne l'avenir et qu'il s'agit d'un processus qui amène à décider quoi faire, comment le faire et comment en évaluer les actions anticipées avant qu'elles ne soient implantées. Elle concerne différents paliers décisionnels liés entre eux. D'un palier à l'autre, nous passons de la définition de priorités à l'action par l'implantation d'interventions.

La planification, au départ, est fondée sur des besoins localisés au sein de la population à l'aide de diverses méthodes et de critères déterminés culturellement, socialement et scientifiquement. Bien qu'il s'agisse d'un processus dynamique

[7] Nous retenons ici les définitions de la planification avancées par Pineault et Daveluy, in *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*, 1995.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 80

avec des étapes précises, la planification ne procède pas nécessairement de façon linéaire (Pineault et Daveluy, 1995).

La première partie du chapitre aborde les différentes étapes de planification en soulignant les principaux enjeux relatifs à la prise en compte de la diversité culturelle, des groupes ethniques et des populations immigrantes. Les étapes de planification suggérées sont : l'identification et la reconnaissance d'un problème de santé et l'établissement de priorités, la connaissance de ce problème (déterminants, indicateurs, etc.), l'élaboration d'une problématique, le choix des interventions et des objectifs, le choix des populations cibles et, finalement, l'implantation, où l'on traitera des ressources requises, des modalités de partenariat et de l'évaluation.

La seconde partie du chapitre propose un certain nombre d'options permettant d'inclure la dimension culturelle dans la démarche de planification, et de penser une santé publique pluraliste.

## *DÉMARCHE*

Le contenu de ce chapitre s'inspire principalement de 12 rencontres ayant réuni des professionnels de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et deux spécialistes de l'approche interculturelle, soit madame Kalpana Das, directrice de l'Institut interculturel de Montréal et monsieur Carlo Sterlin, psychiatre, responsable de la Clinique transculturelle de l'hôpital Jean-Talon, à Montréal. Afin d'assurer une diversité des points de vue et des difficultés rencontrées, la nature des projets représentés était très variée. On y retrouvait des représentants du projet *Naître égaux - Grandir en santé*, de l'*Équipe du projet jeunesse*, d'un projet visant à contrôler l'*Herbe à poux*, de *Cœur en santé*, de *Montréal dit non à la violence faite aux femmes*, du *Programme éducatif jeunesse dans les milieux scolaires, des programmes reliés au sida* et de l'*Organisation des services en tuberculose*. Étant impliqués dans plusieurs projets, la plupart des participants ont mentionné d'autres expériences pour illustrer certains points discutés.

Au cours de ces rencontres, les discussions ont porté sur différentes façons de considérer la pluralité ethnique et culturelle lors de la planification de projets, mais aussi sur les enjeux et les limites y étant associés. Les thèmes abordés gravitaient autour de la définition d'une problématique, du choix des populations cibles, de l'adaptation culturelle d'une intervention, d'un programme ou d'une recherche, des stratégies de recrutement ou de sélection des ressources humaines, du partenariat et des stratégies d'analyse. Les discussions revenaient de façon régulière à l'élaboration des problématiques, étape névralgique de la planification, car à tout moment le planificateur peut remettre en question les éléments a *priori* qui guident ses actions. Pour ces raisons, l'élaboration de la problématique et sa reconnaissance constituent une partie importante de ce chapitre.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 81



Les propos qui suivent sont donc étroitement liés aux réflexions qu'ont suscitées ces discussions et tentent au mieux d'y rester fidèles. Chaque porteur de projet avait ses propres interrogations, son propre cheminement, ses problèmes et parfois des solutions originales découlant directement d'expériences pratiques. Ces expériences sont reprises pour illustrer concrètement les enjeux et les limites relatives à la planification de programmes dans le domaine de la santé quand est soulevée la question de la diversité culturelle.

## *Identification et reconnaissance d'un problème*

Un problème peut être défini comme un écart ressenti entre une situation actuelle et une situation désirée. Dans le milieu de la santé, tout projet vise généralement à réduire cet écart en agissant sur certaines des facettes qui composent le problème. Ce qui nous amène à la problématique, c'est-à-dire à l'ensemble des éléments qui forment un problème. Il est néanmoins important de bien distinguer le problème de sa problématique, laquelle représente une façon particulière d'appréhender un problème.

Bien que l'existence d'un problème de santé puisse être démontrée, encore faut-il qu'il soit reconnu. Pour ce, en plus de se rattacher à une certaine somme de connaissances, il doit susciter de l'intérêt et refléter un ensemble de préoccupations communes. Pourquoi, en ce qui a trait au cancer, par exemple, le cancer du sein est-il au Québec une priorité de la santé publique ? Dans le cas de la violence, la violence faite aux femmes et pour les maladies infectieuses, le sida ? Pourquoi, dans certains pays, ces problèmes ou ces composantes sont peu investis ? Serait-ce que leur prévalence est plus grande au Québec ? Ou plutôt que la conjoncture actuelle favorise la reconnaissance de certains problèmes de santé plutôt que d'autres ?

*La reconnaissance d'un problème de santé n'est pas que le résultat d'une démonstration neutre et objective.*

La reconnaissance d'un problème de santé n'est pas que le résultat d'une démonstration neutre et objective. Elle est également le résultat d'un lent processus de sensibilisation et de changement de valeurs des groupes majoritaires, où les influences politiques conjuguées aux évidences épidémiologiques tiennent un rôle important (figure 4). De fait, chaque époque est marquée par le combat de divers organismes face à un problème particulier qui quelques années auparavant laissait indifférent. Certes, de nouveaux problèmes de santé apparaissent au cours des ans, et d'autres disparaissent, mais de nouvelles façons de voir font en sorte que d'anciennes réalités deviennent de nouvelles problématiques.

*La diversité culturelle peut faire entrave à l'élaboration d'une problématique ou au contraire l'enrichir.*

La reconnaissance d'un problème demeure étroitement liée aux influences de groupes de pression, à l'évolution de la société, aux valeurs privilégiées et aux biais culturels. En ce sens, la diversité culturelle peut faire entrave à l'élaboration d'une problématique ou au contraire l'enrichir. Elle peut y faire entrave si elle est perçue comme une menace, car elle peut entraîner des débats, des tensions et

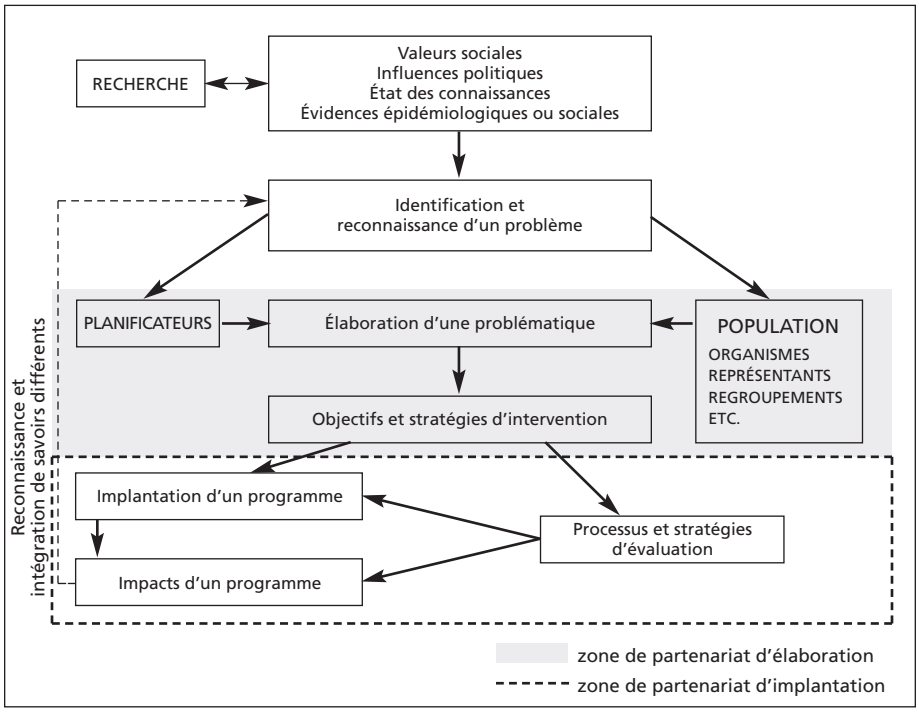
34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 82

des revendications. Elle soulève des questions quant à la gestion des multiples façons de faire, de voir un problème, de le solutionner, et des choix prioritaires.

*La diversité offre des points de comparaison qui permettent de prendre un recul.*

Paradoxalement, cette diversité peut s'avérer un atout, en outre en multipliant les points de vue. Elle offre des points de comparaison qui permettent de prendre un recul vis-à-vis des valeurs qui aujourd'hui marquent notre société et d'éviter de sombrer dans une sorte de complaisance culturelle. À titre d'exemple, l'individualisme, l'élitisme, la place accordée aux aînés, l'éclatement familial, l'égalité des femmes, l'universalité des services sociaux et de santé, etc. reflètent un ensemble de valeurs dominantes questionnées par la perception qu'en ont les populations immigrantes. Finalement, la diversité a pour effet de multiplier les définitions et les solutions envisageables, ce qui peut à la fois être conflictuel et profitable.

**Figure 4 : La planification, un processus dynamique**




À la figure 4, cette dynamique, représentée dans la partie grisée, montre que le partenariat peut être avantageux pour l'élaboration d'une problématique dans la mesure où le savoir différent d'organismes et de représentants de divers horizons culturels est reconnu. Cette étape est bien sûr déterminante, car elle concerne la vision d'un problème et l'élaboration des objectifs et des stratégies d'intervention. C'est à cette étape d'ailleurs que prend naissance le cadre à l'intérieur duquel les intervenants devront agir, contraints par les exigences de

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 83



performance découlant des objectifs. Toutefois, il est encore rare que le partenariat s'établisse concrètement à ce stade. Il est plus courant d'établir un partenariat lors de l'implantation, alors que les objectifs et les stratégies sont déjà définis et proposés, et les limites d'adaptation culturelle tracées.

L'étape de l'élaboration constitue une zone potentiellement conflictuelle de remises en question où s'affrontent des conceptions différentes de la santé et des stratégies d'action. Le partenariat est donc souvent délimité par le stade d'implantation, avec les inconvénients que cela comporte, c'est-à-dire que les partenaires risquent de reconnaître plus difficilement des problématiques et des objectifs préétablis.

**Enjeu 1 :**
**Reconnaissance d'un problème de santé sensible à la diversité culturelle**

*Quelques suggestions*

- Tenir compte des différents points de vue possibles d'un problème et des solutions qui en découlent.
- Reconnaître qu'une priorité est le résultat d'une évolution, qu'elle a un sens dans un contexte particulier et qu'ainsi elle ne peut être également reconnue dans chaque milieu.
- Établir des priorités qui reflètent aussi les valeurs d'autres groupes que les seuls groupes majoritaires.
- Initier un partenariat dès l'élaboration d'une problématique.

## *Influences sociales, culturelles et politiques*

*Qui perçoit le problème ?*

Différentes influences doivent converger avant qu'une situation ne soit déclarée comme un problème. En tout premier lieu, il est valable de s'arrêter sur une question simple mais fondamentale, à savoir : « Qui a perçu le problème? » Cette question est incontournable, car elle révèle les enjeux politiques et culturels sous-jacents à la problématique. Elle fait écho à une idéologie, à une vision du monde et à des priorités définies en fonction de la santé et du bien-être d'une population. Qui prend l'initiative de pointer une situation (parfois avant même qu'il y ait une quelconque reconnaissance sociale du problème) ? Quelle est la position sociale et politique de cette personne ou de ce groupe ? Quel est leur poids politique et démographique ? S'agit-il de chercheurs, de politiciens, de groupes de pression, etc. ? Ces constituantes représentent autant d'influences qui déterminent l'investissement pour le développement et l'avancement des connaissances sur un problème de santé et ses déterminants.

### Influences sociales et politiques : violence faite aux femmes

Ce n'est qu'avec la montée du féminisme et l'ascension des femmes dans le monde politique que les revendications des femmes, quant à leur sécurité physique et émotive au sein même de leur foyer et dans la vie publique, ont pu être entendues. Au cours des deux dernières décennies, des mécanismes ont été mis en place pour documenter les causes de décès chez les femmes de manière à identifier les homicides. Les autres formes de violence que peuvent subir les femmes demeurent peu documentées. Toutefois, les informations concernant les voies de fait à l'égard des femmes consignées par les services policiers sont maintenant à l'étude. Ce qui permettra de dégager des indicateurs plus significatifs de la violence faite aux femmes.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 84

Parmi les plans d'action privilégiés par la santé publique, la violence faite aux femmes est un exemple éloquent du long processus d'évolution de la reconnaissance d'un problème. Il est difficile de dire si son ampleur au sens épidémique a fluctué au cours des dernières décennies, car peu de données existent à ce sujet, mais les valeurs sociales ayant changé, cette problématique a définitivement pris une place plus importante dans les politiques de santé et de bien-être. D'autres phénomènes empruntent un chemin similaire, comme le suicide, entrevu comme un des domaines où il est pertinent d'investir plus à fond, ou encore la pauvreté, maintenant reconnue clairement comme un déterminant de la santé. L'un comme l'autre sont pourtant d'anciennes réalités.

Qu'elle repose ou non sur des évidences épidémiologiques, la reconnaissance d'un problème de santé par l'ensemble de la population demeure un processus complexe, lent, et dépendant du contexte.

**Enjeu 2 : Diversifier les influences culturelles et politiques pour une définition plus pluraliste d'un problème**

*Quelques suggestions*

- Reconnaître qu'un problème de santé dépend largement de l'évolution des valeurs du groupe majoritaire, valeurs auxquelles les différents groupes minoritaires n'adhèrent pas nécessairement.
- Pouvoir faire abstraction, lorsque possible, des influences sociales et politiques qui déterminent largement les efforts déployés et les fonds injectés pour la reconnaissance d'un problème de santé.
- Pouvoir nuancer, lorsque possible, ces mêmes influences qui orientent aussi la construction et la définition d'une problématique.

## *Rôle des données épidémiologiques pour la définition d'un problème de santé*

*C'est au prix de divers compromis que la connaissance scientifique peut avancer, et ces compromis se multiplient d'autant plus qu'il s'agit de saisir des phénomènes humains dans leur dynamique, telle qu'elle se déploie dans la vie sociale réelle et dans le flux de l'histoire.* (Camilleri, C. et coll., 1997 : 149)

Encore aujourd'hui, bien qu'elle ait profondément évolué, l'épidémiologie repose sur une idée émise par Hippocrate il y a plus de 2 000 ans, à savoir que les facteurs environnementaux influencent la santé et permettent d'expliquer l'apparition de maladies. Sans s'être totalement écartée de cette prémisse, l'épidémiologie s'est développée au cours du dernier siècle comme étant « l'étude de la distribution et des facteurs étiologiques (facteurs déterminants) des états ou phénomènes liés à la santé dans une population déterminée, ainsi que l'application de cette étude à la maîtrise des problèmes de santé » (Beaglehole et coll., 1994 : 3). Cette définition confirme le rôle déjà important de l'épidémiologie dans les pratiques de la santé publique sur au moins deux plans : définir les problèmes de santé et les populations auprès desquels il vaut d'intervenir, et influencer les stratégies d'intervention en identifiant les facteurs déterminants sur lesquels il faut agir (Weed, 1996 : 78).

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 85



Bien qu'au sens épidémiologique la santé demeure le produit d'interactions entre l'humain et son environnement, elle repose désormais sur une approche multifactorielle des maladies et sur des modèles d'interaction complexes. Enfin, les connaissances épidémiologiques reflètent essentiellement trois aspects liés à la santé dans une population :

- l'*ampleur* des problèmes de santé;
- les *déterminants* associés à ces problèmes de santé;
- la *distribution* des problèmes de santé dans l'espace (aire géographique, division urbaine, espace résidentiel), dans le temps (période annuelle, saison, cycle de vie) et dans la population, selon un ensemble de variables sociodémographiques permettant de définir des groupes vulnérables: genre, âge, occupation, scolarité, revenu, statut marital, groupe ethnique, immigrants, etc. (Pineault et coll., 1995).

Ces connaissances épidémiologiques servent à faire reconnaître des problèmes, à les documenter, à établir des priorités, à cerner les facteurs de risque ou de protection à la portée des programmes de promotion et de prévention, à cibler des populations pour l'intervention et, finalement, à justifier le déploiement de ces programmes. L'importance de ces connaissances pour la santé publique est incontestable, il s'agit d'un outil décisionnel devenu presque incontournable.

*Les évidences épidémiologiques ont-elles la même valeur pour tous ?*

Pourtant, dans un contexte de pluralité culturelle, c'est-à-dire d'expériences complexes et variables, certains enjeux et certaines limites doivent être considérés. Sans vouloir remettre en question l'importance accordée à l'épidémiologie ni son utilité, l'on peut se questionner : Les données quantitatives qu'elle permet de produire, et qui mettent en évidence des réalités socio-sanitaires, ont-elles la même valeur pour tous ? Les catégories utilisées (genre, statut, revenu, etc.) reflètent-elles une réalité homogène d'un groupe ethnique à l'autre ? Les mêmes données peuvent-elles faire place à différentes interprétations ? Finalement, ces données, qui sont en substance des démonstrations statistiques et des associations de facteurs, ont-elles la même valeur aux yeux de tous pour la reconnaissance d'un problème lié à la santé ? Nous abordons ces enjeux, ici, en fonction du rôle des données épidémiologiques pour la construction et la reconnaissance d'un problème associé à la santé.

### *A) Reconnaissance de l'ampleur des problèmes de santé*

*Un ensemble de données probantes constituent-elles une évidence pour tous ?*

Il est permis de se demander si un ensemble de données démontrant l'augmentation d'un problème de santé, aussi probant soit-il, peuvent constituer une évidence pour tous. L'exemple suivant sur le sida, suppose que non. Il suggère, en fait, que d'autres façons de percevoir un problème de santé peuvent limiter la crédibilité de l'évidence épidémiologique au sein de certains groupes où des arguments d'ordre religieux, entre autres, peuvent expliquer l'évolution d'une maladie.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 86

**Interprétation spirituelle de la transmission du VIH**

Ce sont d'abord les milieux cliniques qui ont souligné l'évidence épidémique du sida et du risque de pandémie dans certaines communautés et certains pays. Par la suite, les professionnels de la santé de ces mêmes communautés, pour ne citer que les communautés haïtienne et homosexuelle, ont pris la relève comme personnes influentes et ont milité pour faire reconnaître le problème par les membres de leur communauté. Malgré les arguments médicaux et épidémiologiques, ces professionnels de la santé ont été confrontés aux résistances de la reconnaissance publique de ce problème. Dans la communauté haïtienne de Montréal, les leaders sociaux et religieux ont d'abord dénoncé l'atteinte à l'intégrité de la communauté au sein de la société québécoise. Par la suite, ces initiateurs se sont butés à d'autres interprétations des causes du sida dont celle mystico-religieuse courante dans certains milieux haïtiens, à savoir qu'un individu qui sert ses dieux ne peut contracter la maladie, qu'il est en quelque sorte protégé. Concrètement, l'homme ne serait pas en mesure d'avoir une érection s'il était en présence d'une femme atteinte du virus.

*L'intensité d'un phénomène et la menace qu'il représente relèvent de perceptions qui sont régies par des valeurs culturelles et sociales.*

D'autres aspects de la maladie sont considérés dans cet exemple, soit les aspects religieux, sociaux et politiques. De toute évidence, à tout le moins dans le cas présenté plus haut, la description de la maladie ne peut être réduite à sa seule dimension épidémiologique, laquelle nous informe sur son ampleur en termes strictement quantitatifs. En ce sens, rendre compte de l'ampleur d'un phénomène relié à la santé a certes son utilité mais aussi ses limites. Cela ne nous informe aucunement sur la perception de la population face à la menace que peut représenter le phénomène mesuré. Son intensité et sa valeur en tant que menace véritable relèvent de perceptions qui sont régies par des valeurs culturelles et sociales. Aussi, l'interprétation de ces phénomènes reliés à la santé peut varier considérablement aux plans étiologique et nosologique, mais aussi quant à sa véritable importance, à ses aboutissements et aux thérapeutiques appropriées. En somme, reconnaître l'existence d'un problème de santé ne peut uniquement reposer sur la démonstration mathématique de son étendue. D'où l'importance d'accompagner ces connaissances épidémiologiques d'études qualitatives permettant de cerner davantage les représentations populaires et les perceptions possibles face à une menace pour la santé afin de s'assurer de la reconnaissance du problème au sein de la communauté.

### *B) Reconnaissance des déterminants de la santé*

L'idée voulant que le seul facteur explicatif de la santé soit biologique est bel et bien révolue. On suppose plutôt, aujourd'hui, qu'une dynamique mettant en relation l'individu et son environnement en est à la source. Aussi, suivant cette idée, l'intervention en santé publique peut se définir comme étant une « action sur des déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent[8]». Dans le cadre du premier bilan sur les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (1999), ces déterminants ont été divisés en cinq catégories :

- les facteurs endogènes ou biologiques;
- les habitudes de vie et les comportements;
- l'environnement physique;

[8] *Cadre et référence pour l'élaboration du programme de santé publique du réseau de la santé publique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, avril 1992.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 87



- l'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événements stressants);
- l'organisation du système de soins et de services.

*Variation interethnique de l'état de santé*

Selon ce modèle, l'état de santé et de bien-être de la population à un moment donné peut être considéré comme le résultat d'une dynamique mettant en relation ces différents déterminants. Aussi, la variation de l'état de santé dans la population laisse supposer que certains groupes sont exposés à ces déterminants de façon différenciée. Cette variation de l'état de santé peut donc s'observer entre groupes ethniques, comme entre catégories sociales, laissant penser que la culture tient un rôle important dans cette dynamique et qu'elle affecte également l'utilisation des services de santé (Corin, 1995). Bien que les études épidémiologiques permettent d'observer une concentration de problèmes de santé au sein de certains groupes, il demeure difficile de mesurer l'influence de la culture sur cette variation. En fait, pour expliquer cette variation de l'état de santé, l'explication culturelle bien qu'éclairante, s'avère insuffisante. Il faut penser, notamment, aux effets de l'immigration, du racisme et, bien sûr, de la diversité biologique[9]. Ces éléments explicatifs ne sont pas mutuellement exclusifs et s'imbriquent aux déterminants de la santé de manière à expliquer des variations qu'on peut observer sur le plan des habitudes de vie, de l'utilisation des services, de l'environnement physique et social. Voici quelques exemples illustrant ces considérations.

- **Déterminants d'ordre biologique**

  Les polémiques entourant les explications génétiques de la différence ethnique incitent désormais les chercheurs à évoquer avec prudence ce facteur pour expliquer les variations de l'état de santé. Néanmoins, différentes études ont démontré l'existence de particularités biologiques propres à certains groupes ethniques. À titre d'exemple, il existe des évidences de résistance à l'insuline parmi les populations sud-asiatiques qui s'explique par la génétique. D'un autre côté, la signification sociale accordée à une particularité physique ou biologique peut varier d'un lieu à l'autre. Aussi, une particularité perçue ici comme un problème, voire comme un risque pour la santé, peut ailleurs être perçue comme allant de soi (Smaje, 1995 : 90). Des difficultés peuvent surgir, par exemple, lorsqu'une personne immigrante est confrontée à une perception nouvelle lui suggérant que des caractéristiques physiques ou comportementales jusque-là normales à ses yeux sont des problèmes de santé. En fait, elle peut tout simplement mal saisir l'importance accordée par les institutions à un problème qui n'en est pas un pour elle.

  Ceci est également vrai pour des caractéristiques physiques comme la couleur de la peau, la texture des cheveux, la forme des yeux, etc. Ces caractéristiques sont à la source de préjugés et de comportements parfois racistes qui ont un impact sur les conditions de vie, donc sur l'état de santé de certains groupes.

[9] Smaje (1995) rappelle également l'importance des biais d'échantillonnage et de conceptualisation pour expliquer cette variabilité. En effet, la validité des données constitue une question épineuse lorsque le phénomène mesuré est associé aux concepts d'ethnicité et de culture. Au chapitre 4, les limites de ce genre de données sont abondamment documentées.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 88

**• Déterminants liés à l'environnement physique**

La distribution géographique des minorités ethniques et des populations immigrantes est généralement très différente de celle des populations majoritaires. Il est typique de retrouver des concentrations dans le centre-ville et dans des quartiers urbains spécifiques. Or, si l'environnement physique, en l'occurrence le quartier de résidence, représente un déterminant pour la santé, il faut pouvoir en tenir compte de façon simultanée avec l'ethnicité, et observer si effectivement il y a chevauchement entre distribution géographique et ethnicité.

**• Déterminants reliés à l'environnement social et aux conditions de vie**

**Séparation familiale**

Une étude effectuée auprès de 113 réfugiés originaires d'Afrique et d'Amérique centrale et latine démontre que 80 % d'entre eux vivent une séparation d'avec leur conjoint ou leurs enfants d'une durée moyenne de trois ans. Cette expérience associée à des événements traumatiques peut engendrer une détresse psychologique chez ces personnes. Pour ces raisons, elles sont considérées plus vulnérables (Moreau, S. et Rousseau, C. et coll., 1999).

La culture, le racisme et l'expérience migratoire se conjuguent pour expliquer la variation de l'état de santé car ils sont de première importance concernant l'environnement social (milieu de vie : famille, travail, etc.; conditions de vie : revenu, scolarité, logement, emploi, événement stressant, etc.). D'abord, notons que le type d'immigration tient un rôle important : Est-elle forcée ou volontaire ? Se réalise-t-elle avec des ressources économiques et sociales convenables ? S'agit-il d'un changement important (rural/urbain, tiers-monde/Occident) ? Entraîne-t-elle une séparation à long terme avec des membres de la parenté ? Ainsi, comme nous l'avons vu au chapitre 1, le type d'expérience migratoire met en place plusieurs composantes de l'environnement social. Toutefois, elle ne peut l'expliquer à elle seule. En effet, bien qu'il est difficile d'en mesurer les effets, on sait que le racisme est aussi un phénomène qui peut influencer la position économique d'une personne, avec des conséquences sur sa santé. Finalement, à statut égal, les membres des minorités visibles n'ont pas nécessairement accès aux mêmes richesses ni aux mêmes ressources que les individus de la population majoritaire. En fait, il importe de distinguer du revenu, le statut social et la richesse. Aux États-Unis, par exemple, pour chaque niveau de revenu, les populations noires ont moins de richesses et un accès plus limité aux ressources matérielles que les populations blanches. Aussi, il existe une distribution des richesses et des ressources qui varie selon l'ethnicité et qui peut en partie expliquer des variations observables de l'état de santé entre groupes ethniques (Smaje, 1995).

**• Déterminants liés aux habitudes de vie et aux comportements**

**Comportements déviants**

*Les pratiques et les valeurs au sein des groupes ethniques minoritaires qui diffèrent des normes de la population ethnique majoritaire sont facilement perçues comme étant des comportements déviants, voire même pathologiques. La ligne est mince entre la différence culturelle et la pathologie clinique* (Smaje, 1995).

Les habitudes de vie varient considérablement d'un groupe ethnique à l'autre (alimentation, toxicomanie, tabac, sexualité, hygiène corporelle et mentale, etc.). Aussi, les valeurs, les croyances et les modes de vie propres à certains groupes ethniques peuvent expliquer des variations observées de l'état de santé et de l'utilisation des services. Le danger est de percevoir ces différences culturelles comme autant de pathologies lorsqu'elles ne correspondent pas aux normes des populations majoritaires. Par

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 89



ailleurs, ces habitudes de vie, sous l'influence du processus d'acculturation, sont vouées à changer et à revêtir des formes nouvelles chez les populations immigrantes. Plus le temps s'écoule, plus les personnes migrantes s'exposent à la fois aux facteurs de risque et de protection propres à la société hôte, entre autres en adoptant certaines des habitudes qui y sont courantes.

- **Déterminants liés aux services de santé**
  L'utilisation des services varie d'un groupe ethnique à l'autre en fonction de leur accessibilité, de leur adéquation aux besoins et aussi en fonction de la perception véhiculée au sein d'un groupe ethnique au sujet des professionnels de la santé, à savoir s'ils sont crédibles, compétents, racistes ou ouverts.

Ces variations sont difficilement explicables si on ne prend pas en considération les influences culturelles, les normes, les valeurs et les circonstances particulières se greffant à l'expérience migratoire. Aussi, ces déterminants peuvent-ils avoir, en substance, la même valeur pour les groupes ethniques minoritaires que pour les groupes majoritaires ?

*L'expérience migratoire et les influences culturelles sont susceptibles de fausser l'interprétation des indicateurs.*

Il n'existe pas de réponse unique à cette question. Un ensemble d'éléments reliés à l'expérience migratoire et aux influences culturelles sont susceptibles de fausser l'interprétation des déterminants. Plus précisément, si les états semblent similaires, les facteurs y étant associés peuvent différer. Ainsi, est-il juste de croire qu'une stratégie d'intervention peut être efficace dans des situations similaires, alors que les facteurs contextuels qui leur sont associés sont différents ?

*Variation sur un même thème : la pauvreté*

À titre d'exemple, prenons la pauvreté qui est aujourd'hui reconnue comme un déterminant de la santé. Au-delà du constat d'un faible revenu, la pauvreté peut être définie comme une réalité multidimensionnelle caractérisée par un ensemble de privations d'ordre matériel et social. En ce sens, ces deux ordres de privations nous rappellent que la pauvreté est également un problème de rapports sociaux, qui dans « sa forme contemporaine, se nomme inégalité sociale » (Morel et coll., 1996 : 11). En ce sens, l'existence de certaines formes de discrimination fondées sur la race ou l'ethnie dans les milieux du logement, de l'emploi, de la vie quotidienne et de la santé alimente concrètement cette inégalité sociale.

*Pour beaucoup de migrants, l'expérience migratoire débute par une pauvreté circonstancielle.*

En somme, si ces privations sont similaires par leur forme, elles varient quant aux causes en fonction de caractéristiques culturelles, ethniques et migratoires. En fait, pour beaucoup de migrants, l'expérience migratoire débute par une pauvreté circonstancielle. Et, contrairement aux populations locales, le caractère intergénérationnel de la pauvreté tient un rôle infime dans ce processus.

*Privations d'ordre matériel*

Au chapitre des privations matérielles, la pauvreté peut s'observer entre autres par la qualité du logement et l'alimentation. Pour ce qui est du logement, rappelons que la discrimination peut limiter le choix des personnes des minorités visibles, favorisant ainsi le développement d'enclaves ethniques. Pour ce qui est

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 90

de l'alimentation, rarement représente-elle un problème en termes de qualité dans les premières années d'immigration. Contrairement aux non-migrants, une alimentation à base de légumineuses permet à plusieurs d'entre eux de profiter d'une diète équilibrée et peu onéreuse.

*Privations d'ordre social*

Les privations d'ordre social font état d'un processus d'exclusion de la vie sociale (de la production économique, du partage des connaissances, de la prise de décision politique, etc.). Aussi, l'absence du marché du travail, une faible scolarisation, la difficulté d'accès auprès d'institutions publiques et privées et l'isolement sont autant de caractéristiques permettant de cerner un problème de santé lié à la pauvreté. Pour les migrants, des nuances doivent cependant être apportées. D'abord, le niveau de scolarité des populations immigrantes récentes est en moyenne plus élevé que celui de la population générale (MRCI). Ce niveau n'est toutefois pas toujours reconnu. Le problème est donc la reconnaissance de leurs qualifications et non pas leur sous-scolarisation. De fait, il n'est pas rare que des individus ayant immigré avec l'espoir d'une ascension sociale vivent plutôt l'inverse, ce qui peut entraîner un état de détresse psychologique lié aux circonstances plutôt qu'à la fragilité de leur état de santé mentale (Bibeau et coll., 1992). Par ailleurs, les responsabilités envers des proches demeurés au pays d'origine amputent régulièrement le budget de plusieurs familles immigrantes. Quant aux difficultés d'accès aux services, comme nous l'avons vu au chapitre 1, elles relèvent plutôt de la méconnaissance des ressources disponibles; de problèmes linguistiques et de communication; de la perception des services véhiculée au sein de la communauté; des difficultés dites objectives (économique, géographique et administrative) et, finalement, de la non-adaptation de certains services ou programmes à la différence culturelle et aux besoins particuliers émergeant de l'expérience migratoire.

*Suivis périnataux et critères de sélection des clientèles cibles*

D'un point de vue plus pratique, d'autres biais apparaissent lorsqu'on tente de standardiser certains déterminants de la santé. Prenons les programmes de suivi périnataux (OLO, LOVE ou *Naître égaux - Grandir en santé*) qui utilisent en général des critères de sélection associés à l'isolement social pour cibler les femmes les plus à risque : le faible revenu, la dépendance économique et la faible scolarisation. Chez les femmes immigrantes, les facteurs associés à l'isolement ne sont pas nécessairement équivalents à ceux prévalant dans les groupes majoritaires. En outre, pour certaines femmes bien scolarisées, leur isolement peut être accentué par des problèmes de communication liés à la méconnaissance de la langue de la société d'accueil. Le niveau de scolarisation acquis dans le pays d'origine peut s'avérer supérieur aux équivalences données par nos institutions d'enseignement. La pauvreté, circonstancielle pour plusieurs d'entre elles, entraîne une perte de statut social alors que pour d'autres la sécurité du revenu représente une forme de protection sociale qui était absente dans leur pays d'origine.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 91



En résumé, dans le milieu de la santé publique, le courant de pensée qui semble actuellement être le plus dominant soutient que pour améliorer l'état de santé de la population il faut d'abord agir sur ses déterminants. Pour ce faire, il importe de pouvoir envisager des causes différentes pour un même état, que ce soit la pauvreté, l'isolement ou les difficultés d'accessibilité. Par conséquent, pour que la composition des déterminants de la santé puisse refléter en forme et en substance la réalité des populations immigrantes, on ne peut omettre la *singularité sociale, migratoire et économique qui les caractérise*. En somme, considérer les circonstances migratoires et les particularités culturelles qui teintent les déterminants de la santé, c'est aller au-delà des apparences et surtout des généralisations.

**Valeur qualitative du soutien social**

La notion de soutien nous rappelle l'importance de valider qualitativement certaines informations afin d'éviter des interprétations erronées. Dans la plupart des sociétés africaines, un rituel mortuaire souligne la mort d'un individu. Ce rituel permet aussi à la communauté de se rassembler et par la même occasion de manifester auprès de la veuve son soutien, tout en consolidant ses liens avec elle. Par opposition, il a été observé, dans certaines régions de l'Inde, que lorsqu'une femme perd son mari, elle perd du même coup une partie de son identité sociale, et que ses relations n'ont plus tout à fait la même signification. On peut alors se questionner sur son réseau de soutien : qui désormais lui fournit du soutien et comment ? Bien qu'on ne puisse ni généraliser ni extrapoler à partir d'un tel exemple, il nous rappelle néanmoins combien une information quantitative ne peut rendre compte de la signification du soutien, lequel varie selon le contexte, la catégorie d'individus et les valeurs culturelles (Corin, 1996).

### *C) L'utilisation d'indicateurs socio-démographiques et la culture*

C'est en prenant en compte la distribution d'une maladie dans un groupe donné qu'est née au milieu du 19e siècle l'épidémiologie contemporaine. Plus précisément, c'est en localisant le domicile des victimes du choléra à Londres que John Snow, de 1849 à 1854, a réussi à démontrer un lien entre ces décès et la provenance de l'eau potable. Des répercussions directes sur le pouvoir public se sont matérialisées par l'amélioration de la distribution de l'eau (Beaglehole et coll., 1994). Depuis, les exemples de l'influence de l'épidémiologie sur les décisions relevant de la santé publique sont incalculables. En ce sens, les connaissances acquises sur la distribution des problèmes de santé font partie intégrante de l'élaboration d'une problématique. Cette distribution est spatiale (pays, territoires, quartiers, résidences, etc.), temporelle, car elle évolue dans le temps et, finalement, relative à des caractéristiques socio-démographiques.

Ce n'est toutefois que depuis les années 60, nous dit Massé (1995), que l'épidémiologie a introduit des facteurs sociaux et culturels dans ses modèles explicatifs, et que l'intérêt pour les phénomènes d'acculturation et d'intégration est grandissant. Cela a permis de raffiner les explications jusque-là exclusivement biomédicales, et d'aborder la santé selon une perspective écologique, c'est-à-dire qui replace l'individu dans son environnement social et culturel. Ainsi, des facteurs sociaux et culturels ont été pris en considération pour l'étude des déterminants de la santé : homme ou femme, groupe d'âge, classe sociale, origine ethnique, présence d'un réseau de soutien formel et informel, etc.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 92

Toutefois, précise Massé (1995), l'épidémiologie a longtemps traité ces facteurs sociaux comme des facteurs de risque en soi. Or, si ces facteurs influent sur l'état de santé de l'individu, c'est de façon indirecte. Le fait d'être femme, pauvre ou immigrant expose l'individu à des difficultés ou des événements quotidiens plus ou moins stressants. Cependant, les facteurs de risque immédiats relèvent plutôt de la vie quotidienne que du statut social, même si ce dernier facteur conditionne largement le premier (ibid : 95).

*Tenir compte des circonstances associées aux problèmes de santé : une rupture difficile avec le milieu d'origine et avec sa famille, une adaptation culturelle difficile ou un contact involontaire avec la société d'accueil.*

Un des enjeux de l'épidémiologie serait donc de tenir compte des circonstances sociales associées aux problèmes de santé : vivre une rupture difficile avec le milieu d'origine, être séparé des membres de sa famille, vivre un processus de réunification familiale, une adaptation culturelle difficile ou un contact involontaire avec la société d'accueil. Ces circonstances s'insèrent dans le vécu quotidien, tel le fait de se retrouver seul sans soutien familial, d'être victime de racisme ou de discrimination, d'avoir de mauvaises conditions de travail ou un logement pitoyable affectant les conditions de vie. Ces considérations constituent des facteurs de risque, et ce, indépendamment des associations que l'on peut établir avec des sous-groupes sociaux considérés à risque. Aussi, les circonstances migratoires deviennent-elles un sujet d'étude privilégié pour mieux saisir les déterminants de la santé associés au processus migratoire, comme l'apprentissage de la langue, la connaissance des institutions, les réseaux de soutien, les conditions économiques, les séparations familiales, etc.

Par ailleurs, les individus ne sont pas uniquement des citoyens ou des résidents, ils ont une foule d'appartenances sociales distinctes selon les sphères de vie : professionnelle, familiale, maritale et communautaire (religieuse, orientation sexuelle, culturelle et même sportive). Il n'existe pas de véritable continuum entre ces sphères de vie au sein de la population en général, en termes d'attitudes, de comportements et d'habitudes de vie. Cela est également vrai chez les familles immigrantes et est d'autant plus complexe qu'interviennent des facteurs d'acculturation et d'intégration.

Dans certains cas, les sphères de vie sont totalement distinctes, éliminant toute forme de continuum. Il n'est pas rare qu'une personne se moule aux caractéristiques et aux habitudes de son groupe de professionnels, mais que dans sa vie familiale elle maintienne des comportements plus conformes à sa culture d'origine (pratiques religieuses, habitudes alimentaires, structure familiale). Parallèlement, cette même personne peut avoir un réseau de soutien social composé d'individus partageant ou non ses particularités culturelles.

*L'appartenance ethnique n'est pas garante d'une homogénéité culturelle.*

En somme, les indicateurs socio-démographiques usuels permettent de catégoriser les individus et de faire des analyses avec pour hypothèse que les individus sont semblables, c'est-à-dire qu'ils ont les mêmes habitudes de vie, les mêmes conditions environnementales, etc. Or, comme nous l'avons vu au chapitre 1, nous ne pouvons tenir l'appartenance ethnique comme garante d'une

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 93



homogénéité culturelle sur le plan des habitudes de vie ou des conditions environnementales, surtout en contexte migratoire où un ensemble de facteurs sociaux et d'expériences personnelles influencent les comportements et les conditions de vie.

Pour conclure, si plusieurs problèmes de santé sont identifiés et hiérarchisés à partir de données épidémiologiques, force est de constater que ces données, parfois considérées comme des évidences, s'inscrivent dans un contexte historique, social et politique et que la problématique construite à partir de celles-ci subira des transformations. Les composantes d'un problème de santé sur lesquelles on décide d'agir sont tributaires de nos connaissances et de nos valeurs. Ces connaissances, bien sûr, doivent tenir compte de la réalité socioéconomique singulière des migrants, tout comme de leurs habitudes de vie et de leurs rapports à l'organisation de la santé.

*Les indicateurs sont relatifs à une époque, car ils s'y ajustent continuellement et ne reflètent la réalité que dans sa contemporanéité.*

**Enjeu 3 : Aller au-delà des seules évidences de nature épidémiologique pour faire d'un problème de santé une priorité**

*Quelques suggestions*

- Tenir compte des circonstances migratoires, et de leurs effets sur la santé, au même titre que les autres facteurs mesurables.
- Tenir compte de la variation des déterminants due au fait culturel et à l'expérience migratoire.
- Relativiser l'hypothèse d'homogénéité des catégories sociales ou ethniques.
- Considérer la singularité de la réalité sociale, culturelle et économique des migrants, tout comme leurs habitudes de vie et leurs rapports au système de santé.
- Considérer d'autres évidences que les évidences épidémiologiques pour aider à la reconnaissance d'une problématique dans certaines communautés.

## *Élaboration d'une problématique*

Une problématique peut être abordée comme une construction résultant d'influences culturelles, organisationnelles, politiques et scientifiques qui se conjuguent en une vision particulière d'un problème de santé, de ses déterminants et de son importance.

Les principaux porte-parole d'un problème ont, sous une forme ou une autre, des contacts, des informations et des observations empiriques qui les guident pour définir une problématique. Il s'agit là d'influences auxquelles s'ajoutent la littérature disponible, les connaissances actuelles et les modèles théoriques entourant la problématique. De même, les représentants des communautés ont leurs propres façons d'appréhender un problème, leurs sources, leurs méthodes, leurs courants idéologiques et leurs expériences. Ces diverses influences peuvent considérablement modifier l'angle sous lequel le problème est analysé, ce qui est déterminant pour la construction d'une problématique. Enfin, plus il y a de milieux différents qui s'intéressent à un problème, plus la construction de la

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 94

*Le planificateur doit savoir qu'il fait partie de cette dynamique avec cette différence qu'il peut imposer une vision particulière.*

problématique est fine et complexe, articulant plusieurs dimensions à la fois. Aussi, une des difficultés à laquelle fait face le planificateur est de concéder qu'il fait lui aussi partie de cette dynamique. Une légère différence joue toutefois à son avantage, soit le fait de posséder les leviers professionnels lui permettant d'imposer une vision particulière.

Des écarts parfois importants peuvent exister entre différents univers de référence. Ils sont en fait incontournables en contexte pluriethnique et rappellent qu'il est impossible d'agir sur tous les aspects d'un problème. Les facettes privilégiées par une perspective biomédicale, par exemple, sont étroitement liées aux aspects biologiques du problème, alors que d'autres, en apparence moins pertinentes, comme la spiritualité, sont évincées. Ce faisant, une approche univoque, dans ce cas biomédicale, risque de ne pas avoir une crédibilité égale aux yeux d'individus percevant le problème sous un angle différent. Lorsque le droit d'une approche s'impose, des résistances peuvent apparaître s'il n'est pas en complémentarité avec la vision des populations concernées, comme l'exemple suivant l'illustre.

**Complémentarité des visions : projet Cœur en santé**

À la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, on désirait implanter dans une école multiethnique un projet s'intitulant *Coeur en santé*, avec le souci d'impliquer plusieurs communautés au sein du comité de planification. Pour demeurer fidèles aux réalités des enfants de cette école, les responsables ont invité les parents de diverses communautés culturelles et les organismes communautaires du quartier pour participer à l'élaboration de la problématique et des moyens d'intervention. Cependant, en cours de processus, certaines communautés, dont la communauté chinoise, se sont retirées, car elles ne voyaient pas la pertinence de faire la prévention de maladies coronariennes auprès d'enfants d'âge scolaire. Leurs préoccupations à l'égard des enfants étaient tout autres.

## *En quoi une problématique devient pluraliste lorsque définie par des représentants d'un groupe ethnique ?*

Notons, d'abord, que bien peu de projets ont émergé d'un groupe ethnique particulier. Est-ce la méconnaissance des problèmes vécus plus particulièrement au sein de ces groupes, le reflet du peu de liens existant entre eux et les institutions du milieu de la santé ou encore leur faible poids démographique et politique ?

Lorsque défini par les représentants d'un groupe ethnique, un problème peut être formulé de façon différente, et s'ouvrir sur des mesures également différentes, comme l'illustre l'exemple suivant portant sur les mères adolescentes. Devenir mère adolescente peut sembler problématique en soi. Pourtant, ce qui pose problème aux yeux des représentants de certaines communautés n'est pas tant d'être mère adolescente que de ne pas avoir accès à une structure sur laquelle elle pourrait s'appuyer pour assurer son bien-être. Ce faisant, les représentants des groupes ethniques ont proposé d'aborder une facette différente du problème, ce qui a orienté le programme en fonction d'une certaine façon de vivre qui pourtant n'est pas encouragée dans la société québécoise.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 95



### Faire converger les visions par la consultation

Le projet *AU FUTUR : Insertion sociale des jeunes mères de la communauté noire*, est un exemple de réponse à des préoccupations évoquées par la communauté elle-même. Les représentants de la communauté exprimaient des inquiétudes quant à la pauvreté des jeunes mères et de leurs tout-petits. La première réaction du service de santé communautaire a été de proposer un programme de prévention des grossesses chez les adolescentes de cette communauté où effectivement le taux de natalité chez les femmes de vingt ans et moins était supérieur au taux national. La réaction des membres de la communauté fut tout autre. De leur point de vue, si les jeunes femmes de leur communauté avaient un enfant à un âge précoce, ce n'était pas faute d'avoir accès à des moyens contraceptifs ou à des services d'avortement. Leur choix était volontaire et cohérent avec leurs valeurs, s'inscrivant en continuité avec le mode de vie dans leur pays d'origine. Toutefois, dans un contexte d'immigration, les mécanismes de soutien et les conditions particulières au pays hôte n'étant pas les mêmes que dans leur pays d'origine, ce choix entraîne des difficultés de nature différente, dont l'isolement et la pauvreté. L'engagement face à cette problématique s'est alors orienté vers la réinsertion sociale des jeunes mères dans le but de briser le cercle de la pauvreté chronique.

Il s'agit ici d'un exemple typique de consultation qui a permis d'élaborer une problématique où des visions différentes ont pu converger pour ainsi tenir compte de particularités culturelles. Qui plus est, cette approche a permis de pallier une vision ethnocentrique du problème et d'en arriver à un regard différent.

**Enjeu 4 : Voir la singularité des problématiques**

*Quelques suggestions*

- Reconnaître l'efficacité relative de solutions différentes et ancrées à des façons différentes de percevoir un même problème de santé.
- Consulter des organismes œuvrant auprès de groupes ethniques ou d'immigrants pour confronter les expertises.
- Éviter l'exclusion des groupes lorsqu'il n'y a pas convergence des visions.

## *Diversité culturelle et enjeux interculturels lors de l'élaboration d'une problématique*

Considérer la diversité culturelle lors de l'élaboration d'une problématique comporte plusieurs enjeux, ne serait-ce que parce que cette démarche implique la capacité de remettre en question certaines valeurs fondamentales, de modifier les prémisses de départ et de reconnaître les biais à la source du choix d'une de ses composantes.

En tenir compte implique aussi de consulter, d'adapter et souvent de modifier notre vision de départ par la considération de stratégies différentes. À l'inverse, ne pas en tenir compte, implique d'imposer certaines façons de voir et de faire comme étant les seules valables et, par conséquent, de rencontrer des résistances et des incompréhensions lors de l'implantation de programmes.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 96

*Considérer la réalité culturelle pour le choix des stratégies.*

Néanmoins, certaines problématiques peuvent donner l'impression qu'il n'est pas pertinent de tenir compte de la diversité culturelle. Des choix relatifs à la santé et au bien-être de la population semblent s'imposer d'eux-mêmes. Pensons aux interventions reliées aux maladies infectieuses comme par exemple la tuberculose. Lorsqu'on s'en remet aux statistiques officielles sur l'ensemble de la population, rien d'alarmant n'y transparaît. Toutefois, ces données ne reflètent que très partiellement une réalité moins reluisante, « celles des grands centres urbains comme Montréal où pauvreté, immigration, itinérance et infection au VIH se conjuguent pour créer des conditions favorables à la transmission du bacille tuberculeux » (Tannenbaun et coll., 1995 : 1). On trouve en effet un nombre élevé de cas d'infection tuberculeuse chez les immigrants provenant de pays où l'infection est endémique : ils représentent 73,2 % des cas du Grand Montréal (Tannenbaun et coll., 1995).

Le haut risque de transmission associé à cette infection justifie en soi la reconnaissance de ce problème et la mise en œuvre d'interventions adéquates. Par ailleurs, le taux de non-fidélité au traitement médical suggère qu'il est pertinent de tenir compte des diverses perceptions possibles de cette maladie afin de pouvoir agir plus efficacement. En effet, la non-fidélité au traitement apparaît comme le principal obstacle au contrôle de la tuberculose en Amérique du Nord. Dans plusieurs pays, la tuberculose revêt une signification sociale peu enviable étant perçue comme une maladie de *pauvres*, de *mendiants*, etc. Accepter ce traitement expose socialement l'individu et, pour cette raison, certains hésiteront à déclarer, voire même à croire qu'ils en sont atteints. La crainte d'être stigmatisé en rendra plus d'un hésitant et explique en partie le taux de non-fidélité au traitement. Cette signification sociale accordée à la tuberculose a un impact sur les composantes de la problématique, le but n'étant plus strictement d'enrayer la tuberculose, mais plutôt d'inciter des individus à adhérer au traitement.

### Observation directe des cas de tuberculose pulmonaire

Le programme de *thérapie sous observation directe par une travailleuse communautaire des cas de tuberculose pulmonaire*, démarré depuis avril 1996 à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, permet de mieux suivre les personnes qui pour une raison ou une autre ne sont pas fidèles au traitement prescrit par les médecins. Dans les milieux migrants, ce programme permet également de renseigner les personnes atteintes sur la façon nord-américaine de faire face à ce problème. De plus, il permet de mieux comprendre pourquoi certaines personnes hésitent à se soumettre à ce traitement, par exemple la peur d'être rapatrié, de ne plus pouvoir parrainer un membre de la famille, de se faire rejeter par leur entourage (maladie honteuse), etc. D'un autre côté, elle nous rappelle que même un problème de santé aussi concret que la tuberculose peut faire l'objet de multiples interprétations.

Considérer la diversité culturelle pour élaborer une problématique peut supposer de modifier, d'ajouter ou de soustraire certains des éléments qui la composent. Ces ajustements comportent toutefois des difficultés nouvelles, des conflits de valeurs, voire même des contradictions.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 97



Nous savons que les circonstances migratoires peuvent favoriser certains besoins (voir chapitre 1), comme celui de consolider un nouveau réseau social, de rencontrer des personnes du pays d'origine ou encore de briser le nouvel isolement social et culturel qui accompagne l'établissement dans un nouveau lieu. Or, dans le cas du suivi pour la tuberculose[10], la travailleuse communautaire vit un contact continu et régulier avec ces personnes sur une période d'au moins six mois, tout en ayant pour consigne de maintenir un lien strictement professionnel, comme l'exige l'éthique de l'approche médicale occidentale. L'attitude professionnelle, rappelons-le, suppose une distance ou, du moins, une neutralité qui souvent est incompatible avec les besoins de certaines personnes. Or, les besoins de personnes immigrantes, en outre celles qui sont isolées ou coupées de leurs liens familiaux, sont tels que d'une rencontre à l'autre il peut être de plus en plus difficile de maintenir une relation impersonnelle, et ce, également pour les travailleuses communautaires. Mais, comme l'éthique médicale exige d'éviter les relations personnelles, aucune mesure n'a été prise lors de l'élaboration du projet concernant l'apparition probable de tels rapports lors d'un suivi. Par conséquent, ce besoin, exacerbé par les circonstances migratoires, ne pouvait être envisagé au préalable. Pourtant, est-il courant, peu importe la culture, de maintenir une relation, semaine après semaine, tout en évitant d'établir la moindre relation personnelle ?

Éviter d'établir des liens personnels fait partie de la formation des professionnels de la santé, voire d'une culture institutionnelle. Pourtant, nous en connaissons mal les aboutissants, surtout lorsqu'il s'agit de personnes issues d'une autre culture, où les signes d'hospitalité et de politesse peuvent être mal interprétés. Finalement, dans ce cas précis, la non-prise en considération de ce besoin peut se traduire par de nouvelles difficultés liées à la fidélité au traitement, la personne visée ne se sentant pas en confiance, puisqu'elle n'a pu établir la crédibilité de l'intervenant en fonction de critères autres que professionnels.

*C'est en tenant compte de la réalité socio-culturelle et économique des populations ciblées qu'une problématique donnée prend tout son sens.*

C'est en tenant compte de la réalité socio-culturelle et économique des populations ciblées qu'une problématique donnée prend tout son sens ou, au contraire, le perd totalement. Certaines questions doivent être posées afin d'évaluer le potentiel de reconnaissance d'un problème par la population. Est-ce une réalité sociale, culturelle ou strictement épidémiologique ? Ces questionnements, toutefois, impliquent une démarche de consultation qui parfois est difficile, voire conflictuelle, car des perceptions opposées d'un même problème peuvent se rencontrer.

### Enjeu 5 : Élaborer une problématique reflétant la diversité culturelle

*Quelques suggestions*

- S'appuyer sur d'autres critères que ceux de coûts-bénéfices pour définir une stratégie.
- Remettre en question des valeurs propres aux promoteurs d'un programme.
- Tenir compte des multiples interprétations possibles des causes d'un problème de santé.
- Tenir compte de la réalité socio-culturelle et économique des populations ciblées.
- Tenir compte de nouveaux besoins émergeant des circonstances migratoires.

[10] Cette situation est également vraie pour d'autres projets, comme ce fut le cas, par exemple, pour *Naître égaux – Grandir en santé*. Dans ce cas, les responsables ont également opté pour une approche impersonnelle, respectant les normes d'une attitude médicale occidentale.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 98

## *Choix des populations et des clientèles cibles*

*Des problèmes éthiques apparaissent-ils lorsqu'on cible une population selon des critères ethniques ou culturels ?*

Lors de la planification d'un programme, certains enjeux apparaissent lorsque les caractéristiques de la population traditionnellement desservie ont changé. Ces enjeux concernent entre autres les moyens et les choix relatifs au processus permettant de cibler et de recruter une clientèle particulière au sein de la population. Certaines questions apparaissent alors, à savoir : est-il pertinent de cibler une population selon des critères ethniques ou culturels ? Et y a-t-il des problèmes éthiques à le faire ?

## *Cibler une population : critères ethniques, culturels et migratoires*

Lorsque des critères ethniques et culturels sont utilisés afin de cibler une population, l'on suppose une certaine homogénéité quant aux habitudes de vie, aux croyances, aux comportements, etc. D'ailleurs, le même constat est possible en milieux défavorisés. Or, comme nous l'avons déjà observé, l'ethnicité n'est pas garante d'une culture homogène, laquelle peut varier au sein d'un même groupe ethnique en fonction du sexe, de l'âge, de la classe sociale, etc.

Cibler un groupe ethnique peut parfois se justifier par des évidences épidémiologiques qui soulignent la prévalence d'un problème de santé au sein de ce groupe. Autrement, on peut évoquer le principe d'équité, lequel nous indique que tous ont droit aux mêmes campagnes d'éducation et de sensibilisation que les groupes majoritaires au Québec. Or, ces campagnes sont le plus souvent basées sur des valeurs et des principes puisés à même la culture nord-américaine et, de ce fait, ne peuvent rejoindre un grand nombre d'individus au sein des groupes ethniques minoritaires. Cibler des groupes ethniques en particulier rend donc possible, et nécessaire, l'adaptation du service ou de la campagne promotionnelle.

Approcher des groupes qui semblent moins sensibilisés à l'égard de certaines problématiques, comme par exemple le cancer du sein ou la violence faite aux femmes, peut également justifier un choix de population cible, tout comme le poids démographique, qui peut être considéré si l'on désire rejoindre un plus grand nombre de personnes.

### Cibler une communauté

Les responsables de la campagne visant à enrayer la *violence faite aux femmes* ont décidé de cibler la communauté italienne, une communauté peu sensibilisée dont le poids démographique est important à Montréal, mais où existe une structure communautaire capable d'accueillir et d'implanter des programmes d'action et de les adapter aux particularités culturelles des membres de leur communauté.

*Facteurs précipitant la violence faite aux femmes en contexte migratoire*

La pertinence d'intervenir auprès de groupes particuliers peut également relever des particularités dues aux circonstances migratoires. Par exemple, certaines femmes récemment immigrées ne sont pas toujours insérées dans un réseau

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 99



social et risquent de vivre isolées. Ce qui est d'autant plus vrai si elles ne parlent pas la langue du pays, si elles vivent une dépendance économique et ne connaissent pas ou peu les services pouvant leur venir en aide. Ces circonstances, relatives à la migration, peuvent exacerber les difficultés vécues par une femme victime de violence, car il lui est encore plus ardu de trouver un soutien lui permettant d'améliorer sa situation.

Par ailleurs, la *diversité des significations* peut expliquer certaines réactions. La connotation accordée à la violence conjugale peut alors concourir à maintenir le silence. D'abord, soulignons que pour plusieurs femmes le projet migratoire est associé à une meilleure vie pour elles mais aussi et surtout pour leurs enfants. Dans cette perspective, certaines auront un degré de tolérance plus élevé face à la violence. La violence subie par une femme peut aussi être perçue comme légitime lorsqu'elle respecte des règles et constitue une réponse logique culturellement à une transgression commise. Toutefois, si cette violence n'est pas cohérente avec les normes culturelles, elle sera perçue comme injuste et inacceptable, méritant alors d'être dénoncée. Mais vers qui se tourner pour dénoncer ? Dans de nombreux milieux, les mécanismes de protection relèvent essentiellement de la sphère privée et dépendent de la *famille*, ou d'amis proches ayant la responsabilité d'intervenir et de servir d'intermédiaires dans le règlement de conflits entre époux. Aussi, une intervention venant de l'extérieur, par exemple de professionnels, peut être considérée comme de l'ingérence, surtout si les valeurs véhiculées par l'intervention ne sont pas cohérentes avec les leurs.

De plus, le *réseau familial* constitue également un facteur essentiel. Dans de nombreux pays, les parents peuvent intervenir et servir d'intermédiaires dans le règlement de conflits entre époux. En ce sens, leur intervention peut éviter des conséquences fâcheuses, et représenter un mécanisme social de protection pour les femmes. En situation migratoire, il n'est pas rare que ce mécanisme soit absent, la parenté étant demeurée au pays d'origine. Toutefois, l'inverse est également vrai. En effet, lorsque la cohésion familiale s'est altérée, la famille peut accroître le contrôle sur les femmes, et même apparaître comme un facteur de fragilisation vis-à-vis de la violence.

Finalement, le statut de certaines femmes peut jouer en leur défaveur, et contribuer au maintien de leur silence. La vulnérabilité associée au statut de parrainée constitue en ce sens le principal facteur confinant les femmes victimes de violence conjugale au silence. Les principaux facteurs qui risquent de fragiliser les femmes immigrantes face à la violence sont, notamment, leur dépendance et leur isolement.

Enfin, d'autres facteurs peuvent influencer le choix ou non d'une population cible. Les groupes d'immigration plus récente, comme les Somaliens, les Russes ou encore les Rwandais, ont rarement un réseau très élaboré et de

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 100

**Raisons pour cibler des groupes ethniques en particulier**

- Présence de données épidémiologiques probantes
- Pour l'équité dans les services de santé et sociaux
- Pour rejoindre une sous-population moins sensibilisée
- Pour l'importance démographique de la communauté
- En raison des particularités relatives aux circonstances migratoires et aux différences culturelles

véritables structures communautaires comme celles des groupes d'immigration plus ancienne. Par conséquent, le partenariat n'est pas envisageable, et l'on ne peut espérer s'appuyer sur des organismes déjà en place afin d'implanter de nouveaux programmes. Dans ce contexte, il ne s'agit plus de soutenir les initiatives déjà existantes, mais bien de les créer, ce qui entraîne un investissement financier et humain plus important.

*Le statut d'immigration et la durée d'immigration, des caractéristiques incontournables*

À la lumière de ces exemples, il peut être justifié de cibler un groupe ethnique en particulier, mais comment ? Hormis les indicateurs permettant de cibler des groupes selon des caractéristiques ethniques ou culturelles, des indicateurs permettant d'identifier des catégories d'individus selon la durée de séjour ou la catégorie d'admission, par exemple, peuvent être fort utiles pour définir une population cible. Cela nous amène à préciser la distinction entre *groupe ethnique* et *immigrants*, laquelle, malheureusement, est parfois oubliée.

### *Groupes ethniques ou populations immigrantes ?*

La distinction entre groupes ethniques et populations immigrantes est fondamentale, car elle permet de déterminer non seulement les critères qui serviront à cibler la clientèle vulnérable, mais aussi à orienter l'implantation des programmes (tableau 7).

*La notion de groupe ethnique suppose des critères d'appartenance culturelle, ethnique et socio-démographique, mais aussi un minimum d'organisation, d'institutions et de vie communautaire.*

La notion de groupe ethnique suppose des critères d'appartenance culturelle, ethnique et socio-démographique, mais aussi un minimum d'organisation, d'institutions et de vie communautaire qui relient les individus entre eux sur la base d'activités communes (pensons aux communautés italienne ou chinoise). Ces conditions réunies, nous pouvons parler de groupe. Cibler selon des indicateurs ethniques et culturels nous amène donc à travailler avec un ou des groupes ethniques reposant sur une certaine organisation communautaire. Il s'agit ici d'un choix stratégique qui influence la planification d'un projet. Ce choix dépend de plusieurs facteurs, dont les objectifs de planification, la zone d'intervention (visée régionale, provinciale ou locale) et la problématique sous-jacente au projet. Aussi, si l'on cible selon des indicateurs ethniques et culturels, le potentiel de partenariat sera plus grand, la clientèle rejointe sera plus homogène au plan ethnique, la langue d'usage et maternelle sera potentiellement la même, nous trouverons des points communs d'ordre culturel, etc.

En ce qui a trait aux populations migrantes, nous parlons en fait de catégories populationnelles, c'est-à-dire d'une population identifiée selon un ensemble de critères associés à l'expérience migratoire (durée de séjour, catégorie d'admission, trajet, etc.). Ces individus, toutefois, ne sont liés par aucune institution ou

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 101



activités communes qui pourraient en faire un groupe ou une communauté, sauf peut-être les institutions gouvernementales comme le CSAI, les Cofi, etc. Les critères utilisés seront donc étroitement liés, par exemple, à des difficultés de communication, à la durée de séjour, à la catégorie d'admission, etc., mais ne traduiront en rien une appartenance ethnique précise. Ainsi pourrait-on cibler une population allophone, immigrante récente ou réfugiée, dont chaque individu appartiendrait à un groupe ethnique différent.

Cibler une catégorie populationnelle, en l'occurrence une population immigrante, suppose que la clientèle rejointe sera pluriethnique, que les langues d'usage seront multiples, que les points communs seront situationnels et non culturels (voir chapitre 1). Selon cette perspective, lorsqu'on cible une catégorie populationnelle, il est plus approprié de parler d'approche pluriethnique basée sur les circonstances migratoires, ce qui, par ailleurs, correspond bien à la réalité sociale de plusieurs quartiers de la région métropolitaine. Il ne faut pas oublier toutefois qu'il ne s'agit pas, dans la réalité, de catégories mutuellement exclusives, des personnes immigrantes étant intégrées à des groupes ethniques et vice versa.

*Cibler une catégorie populationnelle, en l'occurrence une population immigrante, suppose que la clientèle rejointe sera pluriethnique, que les langues d'usage seront multiples, que les points communs seront situationnels et pas nécessairement culturels.*

### Choix d'indicateurs permettant de cibler un groupe

Les responsables du programme *Cœur en santé*, visant à favoriser l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé cardio-vasculaire, ont considéré une perspective pluriethnique pour implanter un programme dans le quartier St-Louis du Parc où on dénombre plus de 58 groupes ethniques différents. Les facteurs reliés à l'émergence de problèmes cardio-vasculaires n'étant pas associés à un groupe ethnique, la population a donc été ciblée selon des caractéristiques sociales et économiques transculturelles intimement liées à l'émergence de ce problème. C'est en partenariat avec le CLSC St-Louis du Parc qu'il a été possible de réaliser un programme suffisamment flexible pour qu'il puisse être adapté aux particularités de la clientèle.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 102

**Tableau 7 : Cibler un groupe ethnique ou une population immigrante**

| | GROUPE ETHNIQUE | POPULATION IMMIGRANTE |
|---|---|---|
| **Critères** | • Ethniques (origines ethniques, pays de naissance, etc.)<br>• Culturels (langue, religion, etc.) | • Catégorie d'admission (famille, réfugié, affaires)<br>• Durée de séjour<br>• Période d'immigration |
| **Particularités possibles de la clientèle** | • Clientèle monoethnique<br>• Langue commune<br>• Religion commune<br>• Similarité des habitudes de vie<br>• Référents historiques et politiques communs | • Clientèle pluriethnique<br>• Langues maternelles et d'usage diverses<br>• Religions diverses<br>• Habitudes de vie diverses<br>• Histoires et politiques diverses<br>• Origines diverses |
| **Points communs** | • Liens communautaires (réseau)<br>• Présence d'organismes représentatifs de la communauté | • Convergences situationnelles (et réseau)<br>• Similarité des expériences migratoires<br>• Similarité des difficultés (selon la durée de séjour et le type de parcours migratoire) |
| **Implantation** | • Possibilité d'un partenariat<br>• Adaptation culturelle<br>• Unique territoire d'implantation | • Partenariat difficile, consultation complexe<br>• Approche pluriethnique<br>• Multiples territoires d'implantation |

## *Problèmes éthiques associés au choix de populations cibles*

*Des risques éthiques sont présents lorsque seulement un ou quelques groupes ethniques en particulier sont ciblés.*

Les limites que posent les ressources financières mises à la disposition des planificateurs et des chercheurs rendent peu probable l'élaboration de projets qui cibleraient plusieurs groupes ethniques. Par contre, certains risques éthiques sont présents lorsque seulement un ou quelques groupes ethniques en particulier sont ciblés. D'où l'importance de s'assurer de la pertinence de cibler un groupe plutôt qu'un autre selon le type de problématique et de moyens envisagés. Certaines problématiques, nous le savons, sont susceptibles d'entraîner la stigmatisation des populations visées, comme par exemple la violence faite aux femmes ou encore des maladies infectieuses comme le VIH et la tuberculose.

### Cibler sans stigmatiser

Un des cas les plus éloquents est certes celui de la communauté haïtienne de Montréal et du VIH. Au début des années 80, on constatait que dans la région de Montréal, la majorité des cas de VIH étaient des Montréalais d'origine haïtienne. S'emparant de l'affaire, les médias écrits et télévisés ont suscité la controverse concernant les dons de sang à la Croix-Rouge par les Haïtiens. Et c'est ainsi qu'une grande partie de la population a appris l'existence d'une nouvelle maladie, le sida, en l'associant à la population haïtienne d'origine. Un lien direct avait été établi entre maladie et ethnicité.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 103



Lorsque des données épidémiologiques justifient une intervention auprès d'une communauté en particulier, il est impératif d'établir une concertation avec les responsables d'organismes oeuvrant dans ces milieux afin d'éviter d'alimenter des stigmates.

*L'utilisation d'indicateurs culturels et ethniques peut favoriser une vision dichotomique de la réalité : les groupes ethniques étant perçus comme porteurs de culture versus le groupe majoritaire porteur d'une certaine normalité objective.*

Par ailleurs, l'utilisation d'indicateurs culturels et ethniques soulève des enjeux éthiques, car cela favorise une vision dichotomique de la réalité : les groupes ethniques comme porteurs de culture versus le groupe majoritaire porteur d'une certaine normalité objective. En effet, en utilisant ces variables culturelles uniquement pour les groupes ethniques minoritaires, nous agissons comme si la référence à la culture ne concernait qu'eux. Les groupes majoritaires étant alors perçus comme des communautés non-culturelles. Malgré de bonnes intentions, cette démarche génère son lot d'effets pervers. Insidieusement, elle mène à des inégalités, car groupes minoritaires et majoritaires ne sont pas abordés sur les mêmes bases, les uns étant culturels, les autres représentant une certaine norme.

**Enjeu 6 : l'éthique**

*Quelques suggestions*

- Vérifier les risques de stigmatisation des groupes ciblés en fonction du problème de santé.
- Éviter de diviser la population en deux, une partie étant porteuse de culture (groupe ethnique, population immigrante, etc.) et l'autre porteuse d'une certaine normalité (population locale, etc.).

## *Implantation d'un programme*

La mise en œuvre des programmes en contexte pluriethnique soulève différents enjeux, notamment en ce qui a trait à leur accessibilité culturelle (contenu) et objective (administrative, géographique, économique), aux clientèles cibles (qui ? comment ? pourquoi ?), aux choix des ressources et aux modalités de partenariat. Nous tenterons ici de souligner ces principaux enjeux tout en illustrant par des exemples concrets des situations difficiles et facilitantes.

*Le déploiement des stratégies d'intervention répond à une certaine logique historique, et rarement se demande-t-on où se situent les migrants dans ce cheminement social, politique et scientifique de la société.*

Une fois un problème de santé identifié, et une problématique bien définie, il faut définir le type d'interventions appropriées. Les objectifs d'une intervention s'inscrivent dans une conception particulière de la santé et respectent généralement des critères organisationnels et des limites imposées par des objectifs d'efficience et de rentabilité. Dans ce contexte, certains modèles d'intervention sont privilégiés, d'autres sont exclus. On peut toutefois se questionner sur les enjeux d'ordre culturel que ces choix impliquent, ainsi que sur les conséquences de ces choix dans un contexte pluriculturel. Le déploiement des stratégies d'intervention répond à une certaine logique historique, à un cheminement parfois long qui mène de la reconnaissance d'un problème de santé au déploiement d'interventions visant à en réduire les méfaits. Où se situent les migrants dans ce cheminement social, politique et scientifique de la société ?

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 104

### *Dynamique évolutive des modèles d'intervention*

Par la nature même de leurs mandats, les organismes de santé publique utilisent principalement des stratégies de sensibilisation, de promotion, de prévention et de protection. Ces stratégies peuvent se combiner et viser simultanément plusieurs populations. Le plus souvent, elles s'inscrivent toutefois dans une séquence historique dont les migrants sont partiellement ou totalement absents.

Généralement, tout débute par la reconnaissance d'un problème de santé publique. Des déterminants de la santé sont identifiés et une intervention jugée adéquate est planifiée. La nature de certains problèmes de santé incitera les planificateurs à opter pour l'une ou l'autre des stratégies possibles. Il est fréquent qu'au départ, les objectifs sont de sensibiliser et d'informer la population en vue de réduire les méfaits causés par l'ensemble des facteurs associés à ces déterminants. Bien que cela ne puisse être généralisé à toutes les problématiques, il est courant avec le temps que la stratégie se modifie et que les objectifs soit se radicalisent, soit s'assouplissent. Les efforts de sensibilisation déployés par les organismes de santé publique se combinent à d'autres influences politiques et sociales, et font en sorte que les points de vue sur certains comportements ou certaines habitudes changent. Il devient donc possible de justifier le déploiement de stratégies d'intervention de nature différente pour éliminer les facteurs de risque identifiés. À cet effet, on peut noter l'existence de programmes qui se sont radicalisés avec le temps, et qui condamnent des habitudes ou des comportements jugés néfastes pour la santé et le bien-être comme par exemple la *tolérance zéro* vis-à-vis de la violence faite aux femmes, la lutte contre le tabac, le projet de loi pour le port du casque à vélo, etc. À l'inverse, d'autres stratégies se sont assouplies, notamment des stratégies du domaine de la toxicomanie. Des interventions visant à distribuer des seringues stérilisées ont en effet été mises sur pied pour réduire les risques de transmission du VIH, là où des mesures plus radicales s'étaient avérées infructueuses.

*Agissant plus directement sur les valeurs, des programmes qui tranchent entre l'acceptable et l'inacceptable.*

Agissant plus directement sur les valeurs, ces programmes tranchent entre l'acceptable et l'inacceptable. D'autres interventions en resteront toutefois à l'étape de la réduction des méfaits par des stratégies de prévention ou de promotion. Notons que le passage des stratégies de réduction des méfaits vers celles de la *tolérance zéro*, ou l'inverse, ne se fait pas sans débats idéologiques. Les premiers reprochant au second d'imposer une seule vision acceptable des choses, et d'avoir une approche trop coercitive qui ne cadre pas nécessairement avec les multiples manifestations sociales de ces problématiques. Les seconds, favorisant une réduction des méfaits, se verront reprocher de ne pas être suffisamment efficaces, de ne pas apporter des changements suffisamment radicaux et de s'étaler sur une trop longue période, car les changements de

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 105



comportement au sein de la population ne suivent pas nécessairement l'acquisition de nouvelles connaissances.

*Ayant été absents lors de la période de sensibilisation et d'information, les migrants sont mis directement en face de stratégies qui peuvent leur paraître parfois trop radicales.*

Les migrants dans tout cela ? Ils immigrent à un moment précis de l'évolution de ces stratégies, n'ayant accès que partiellement à la logique historique qui peut en justifier les aboutissants. Souvent, ayant été absents lors de la période de sensibilisation et d'information, ils sont mis directement en face de stratégies plus drastiques. Pensons aux programmes visant à contrer l'abus et la négligence envers les enfants, la violence faite au femmes ou encore la lutte contre le tabagisme. Pour chacun de ces problèmes, un cheminement relativement long a été nécessaire pour qu'ils deviennent inacceptables socialement. Un cheminement auquel les migrants n'ont participé que partiellement. Il peut donc en résulter une certaine incompréhension de leur part face à l'importance accordée à certains de ces problèmes de santé.

Non seulement ces stratégies, parfois radicales, risquent d'être incomprises, mais également de renforcer des conflits de nature intergénérationnelle. D'un côté, on fait la promotion de nouvelles habitudes de vie et, de l'autre, on en proscrit un certain nombre. Dans les deux cas, des valeurs convergentes avec celles de la population sont véhiculées, parfois non. Ces deux tendances sont présentes au sein des familles immigrantes où les jeunes de la seconde génération sont susceptibles d'adhérer aux valeurs véhiculées par la société d'accueil, alors que leurs parents demeurent circonspects, surtout en matière de sexualité, de religion et d'éducation.

En ce sens, les mesures de protection à l'égard de problématiques psychosociales peuvent soulever des controverses d'ordre moral où les valeurs entourant la famille, les rapports homme-femme et la religion seront questionnées. L'exemple des jeunes de la seconde génération illustre bien cette possibilité.

*Les nouveaux arrivants sont souvent inconfortables vis-à-vis de certaines des valeurs véhiculées par la société québécoise, comme le rejet de l'autorité et des hiérarchies sociales, les valeurs égalitaires et permissives.*

En effet, ces jeunes se trouvent à la croisée des cultures, celle de leurs parents et celle de leur environnement social. L'une des principales difficultés est l'écart existant entre les valeurs, les attitudes et les pratiques éducatives de ces familles et celles véhiculées au sein de la société d'accueil. L'enfant immigré serait soumis à cet écart entre les valeurs éducatives de la famille et celles de la culture dominante. Lorsqu'il désire se conformer socialement, l'enfant serait parfois obligé de rejeter les valeurs familiales et ainsi renier sa propre identité culturelle dont ses parents sont porteurs. En fait, Morin (1988) souligne que les immigrants favorisent peu, par leurs pratiques éducatives, les comportements visant l'autonomie, la créativité, l'expression de soi et l'analyse critique. Ils seraient généralement inconfortables vis-à-vis de certaines valeurs véhiculées par la société québécoise, comme le rejet de l'autorité et des hiérarchies sociales, les valeurs égalitaires et libertaires, etc. (Terrisse et coll., 1994). De leur côté, les intervenants sociaux méconnaissent les aspirations éducatives des parents, leurs

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 106

valeurs et leurs besoins. Dans ce contexte, les enfants portent le poids des tensions qui peuvent exister entre les intervenants et les parents.

**Les valeurs derrières les campagnes de prévention**

Dans les campagnes de prévention des MTS, la liberté sexuelle n'est jamais condamnée ni véritablement encouragée. Cela est remarqué au sein de plusieurs communautés culturelles. Cette façon d'aborder les campagnes de prévention des MTS, et surtout l'usage des condoms, est propre à notre société. Elle reflète des valeurs dominantes quant aux relations entre hommes et femmes.

*Les nouveaux arrivants ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés que les immigrants de moyenne et longue date.*

Considérer la logique historique des modèles d'intervention n'implique pas nécessairement d'élaborer des stratégies de santé publique à deux vitesses, mais plutôt de tenir compte de la réalité des immigrants afin d'assurer une certaine efficacité des interventions déployées, même si elle peut être en contradiction avec celle que l'on désire véhiculer. Les nouveaux arrivants n'étant pas confrontés aux mêmes difficultés que les immigrants de moyenne et longue date, il est nécessaire d'analyser certaines variables telles que la durée de séjour des populations cibles en fonction de la logique historique d'une problématique afin d'opter pour une stratégie mieux adaptée à la réalité sociale d'une communauté.

**Enjeu 7 : Insérer les plans d'action dans une dynamique évolutive**

*Quelques suggestions*

- Se rappeler que les migrants s'insèrent à un moment donné de ce processus évolutif sans partager la mémoire collective de l'ensemble de la population.
- Ne pas négliger le processus de maturation sociale des valeurs associées à un problème reconnu, lequel processus s'inscrit dans le temps.

## *Enjeux culturels relatifs aux modèles d'intervention*

*Potentiel d'amélioration de la santé, de la qualité de vie et du bien-être*

Au cours des décennies, le concept même d'amélioration de la santé a connu de multiples transformations. Longtemps, le but principal a été d'augmenter l'espérance de vie. Avec le temps, bien que ce but demeure, se sont ajoutées des préoccupations concernant l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être. Ce faisant, le concept de santé a peu à peu fait appel, en plus des composantes physiologiques et biologiques, aux composantes psychologiques, sociales, environnementales et culturelles de la santé. De cette évolution conceptuelle nous retenons deux conséquences majeures qui constituent également des enjeux culturels. D'une part, le processus d'élaboration d'une intervention a dû s'ajuster à cette conception plus large de la santé et, d'autre part, évaluer ces interventions est devenu un exercice très complexe.

L'approche dite populationnelle, utilisée en santé publique, illustre bien le propos car elle est largement tributaire de cette évolution. Elle tente de rejoindre le plus grand nombre d'individus par diverses stratégies, dont l'une consiste à utiliser les plus fréquents médias écrits, télévisés et radiophoniques. En faisant ces choix, certaines questions s'imposent : Les clientèles cibles sont-elles familières avec les médias écrits ? Écoutent-elles la radio ou encore la télévision ? Certaines

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 107



communautés ont maintenu une tradition orale qui est plus efficiente pour elles que la tradition écrite. D'autres sont plus sensibles à des événements sociaux rassembleurs qu'à des médias comme la télévision ou la radio, beaucoup plus individuels.

*La forme qu'empruntera une stratégie aura un impact important sur l'accessibilité des personnes immigrantes.*

Dans un même ordre d'idées, la forme qu'empruntera une stratégie aura un impact important sur l'accessibilité des personnes immigrantes. En effet, si des interventions de groupe sont privilégiées, les nouveaux arrivants ayant des connaissances limitées du français et de l'anglais pourront-ils y participer ? Ce type d'intervention privilégie des techniques d'animation incitant les participants à échanger et à discuter en fonction des thèmes abordés lors des ateliers. Or, la connaissance de la langue s'impose d'elle-même comme un préalable pour participer à ces rencontres. De plus, faire appel à des interprètes pour une intervention de groupe en contexte pluriethnique s'avérerait inutile, car il faudrait parfois autant d'interprètes que de participants, chacun pouvant parler une langue différente. Une autre possibilité serait d'offrir un suivi individuel, où un interprète pourrait plus facilement soutenir la relation entre l'intervenant et le client.

Ceci dit, la forme même d'une intervention comporte des enjeux culturels. Il peut en effet être insuffisant de déployer des efforts visant à adapter le contenu d'une intervention si la forme ne convient pas. Par exemple, dans le dossier *Violence faite aux femmes*, les responsables du programme ont pensé faire appel à un comité composé de femmes pour rédiger une série d'articles publiés dans les journaux de leur communauté respective. Mais une question s'est imposée, à savoir dans quelle mesure les femmes de ces communautés lisent-elles ces journaux ? De plus, quelle est la crédibilité culturelle des femmes composant le comité de rédaction aux yeux des femmes visées par ce programme et ces articles ?

*Critères de coûts-bénéfices*

Ces considérations peuvent amener les planificateurs à opter pour des interventions parfois uniques, originales, qui varient d'un lieu à l'autre en fonction des populations cibles, également très variées culturellement. Comme le soulignaient les représentants du programme *Cœur en santé*, si l'on prévoit cibler une clientèle selon des critères ethniques et culturels, ou encore si la population du territoire est composée d'un pourcentage important de personnes immigrantes, les modèles d'intervention devront être cohérents avec la population desservie, c'est-à-dire qu'ils ne pourront être standards ou uniformes, et devront varier selon la composition de la clientèle. En contrepartie, mesurer l'efficience de ces interventions devient un exercice particulièrement compliqué, car chacune devient un cas et le rapport coûts-bénéfices sera d'autant plus faible que le nombre de participants sera bas. Ainsi, dans un contexte d'intervention pluriethnique, où l'adaptation des interventions suggère une multiplication de stratégies d'interven-tion, les preuves d'efficience représentent un enjeu non négligeable.

*L'adaptation des interventions suggère une multiplication des stratégies d'intervention, même si les preuves d'efficience représentent un enjeu non négligeable.*

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 108

### Le cancer du sein : une préoccupation égale pour tous ?

La problématique du **cancer du sein**, bien qu'il s'agisse d'une problématique reconnue par le milieu scientifique et les différentes instances du milieu de la santé, voit ses succès de prévention limités auprès de populations immigrantes. Le cancer du sein constitue une crainte réelle pour les femmes, mais figure néanmoins derrière les questions de survie et de qualité de vie sur leur échelle de priorités. La nature préventive des projets mis en œuvre donne à ce problème un aspect qui, dans un certain sens, demeure abstrait, voire théorique. Il est certes plus commun de se préoccuper d'un problème de santé existant que d'un problème potentiel. Or, la prévention demeure pour plusieurs un luxe lorsque d'autres problèmes, plus quotidiens et plus concrets, mobilisent l'ensemble de leurs préoccupations. De fait, les populations immigrantes ne répondront pas nécessairement de la manière escomptée à ces programmes de prévention. Préoccupées par leur installation dans un nouveau pays, les problématiques relatives au cancer du sein, au tabac ou encore à l'alimentation leur apparaîtront le plus souvent lointaines et secondaires. D'ailleurs, il serait étonnant que des immigrantes, originaires de pays où le cancer du sein est pratiquement absent des programmes de santé, se sentent subitement concernées par ce problème. À ceci nous pouvons ajouter les blocages d'ordre culturel qui constituent des obstacles pour l'auto-palpation des seins : la pudeur, la religion ou encore une certaine perception du corps et des seins en particulier.

Cependant, en considérant la durée d'immigration, il est possible de dire que les personnes immigrantes, avec les années, assimilent certaines des valeurs et des habitudes de la société d'accueil. En ce sens, le degré de réceptivité vis-à-vis ces problématiques risque de grandir avec les années, parallèlement à l'amélioration de leur qualité de vie et l'évolution de leur perception des problématiques qui occupent une place importante dans la société d'accueil.

En somme, les modèles d'intervention soulèvent de nombreux enjeux culturels, notamment concernant leur accessibilité et leur adaptabilité. On peut dire que l'adaptation des interventions permet une meilleure accessibilité et une meilleure adéquation des services. Ce faisant, toutefois, on multiplie les formes d'intervention, laissant moins d'emprise aux critères d'efficience, lesquels servent entre autres à en justifier ou non l'existence.

**Enjeu 8 : Adapter culturellement les programmes**

*Quelques suggestions*

- Penser l'adaptation culturelle aussi en fonction de la pluralité des cultures, c'est-à-dire dans un contexte pluriethnique.
- Dégager les sommes nécessaires à l'adaptation culturelle des programmes.
- Assurer la flexibilité des programmes et des types d'évaluation.

## *Diversité culturelle et modèles d'intervention*

Les principaux responsables de l'élaboration de programmes et de projets en santé publique sont de plus en plus conscients des enjeux soulevés par la diversité culturelle. D'ailleurs, on tente de plus en plus, dès l'élaboration d'un projet, d'acquérir de meilleures connaissances au sujet des valeurs, des attitudes et des comportements prévalant au sein des communautés visées. Toutefois, certaines difficultés demeurent eu égard à l'actualisation de ces connaissances par le truchement d'interventions adaptées.

Nous retiendrons ici trois façons de concilier la diversité culturelle et les modèles d'intervention :

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 109



- considérer les mécanismes de protection propres à certaines communautés culturelles;.
- élaborer des programmes plus génériques;
- utiliser des méthodes d'évaluation des besoins adaptées à la diversité culturelle.

### *A) Mécanismes de protection propres à certaines communautés culturelles*

La première de ces trois façons peut être illustrée à l'aide de la problématique de la violence familiale. Cette problématique n'est pas le propre d'une culture ou d'un groupe socio-démographique. Dans chaque milieu, cependant, il existe des mécanismes de protection qui répondent à certaines règles familiales ou de solidarité entre femmes. De fait, les stratégies de protection contre la violence envers les femmes ne sont pas le propre des sociétés occidentales, il en existe partout sous une forme ou une autre. Ce qui apparaît exceptionnel pour plusieurs femmes immigrantes est le caractère public et légal de ces mesures de protection dans notre société.

*Ce qui apparaît exceptionnel pour les femmes immigrantes est souvent le caractère public et légal des mesures de protection visant à contrer la violence.*

Force est de constater que la conception d'une mesure de protection peut emprunter diverses avenues : légale, publique, informelle, familiale ou communautaire. Et que les individus, selon leur origine et leurs expériences, auront peut-être expérimenté l'une ou l'autre de ces mesures, et qu'ils risquent d'être surpris par celles privilégiées dans les sociétés occidentales. Ceci n'exclut pas l'importance de promouvoir les mesures propres à la société d'accueil.

Au sein des quartiers pluriethniques, où les expériences migratoires sont multiples, tout comme les origines ethniques et culturelles, des interventions empruntant diverses stratégies pourraient être particulièrement pertinentes. D'où l'importance de consulter les organismes ethniques afin de connaître l'existence des mécanismes sociaux de protection pour les compléter, si nécessaire, par la mise en place de mesures appropriées et ainsi éviter de les contrecarrer ou encore de les dédoubler.

*Tenir compte de l'existence des facteurs de protection.*

Avoir recours aux membres des communautés concernées pour élaborer un projet peut grandement influencer le choix des moyens et, parfois, des objectifs de départ, car il faudrait y intégrer les valeurs, mais aussi les mécanismes sociaux propres à ces communautés.

Cette prise en considération de valeurs et des façons de faire différentes a toutefois ses limites. Les interventions qui émergent d'un tel processus doivent à la fois respecter les valeurs dominantes de la société d'accueil sans pour autant devenir coercitives à l'égard des nouveaux arrivants. En ce sens, des interventions peuvent être inacceptables tant par leur forme que par leur contenu au sein d'une population donnée. Bien que certaines interventions puissent se faire ailleurs, elles ne pourraient être déployées telles quelles au Québec. Par exemple, il serait

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 110

malvenu au Québec de proposer une sacralisation des condoms selon un rituel vaudou dans un programme de prévention du sida.

*Actualisation de stratégies non conventionnelles*

**Sacralisation du condom pour lutter contre le SIDA**

L'équipe MTS-SIDA de la santé publique en République Dominicaine qui œuvre dans les batéis, plantation de cannes à sucre où les Haïtiens travaillent en grand nombre dans des conditions dénoncées par les autorités internationales, a constaté l'importance du vaudou pour l'interprétation populaire des MTS-SIDA. Les intervenants ont donc intégré cette dimension en utilisant les pratiques vaudoues pour sacraliser le condom. À la suite à cette intervention, les intervenants notaient une utilisation plus importante du condom. L'audace de cette expérience a démontré l'intérêt d'actualiser les connaissances sur les valeurs, attitudes et comportements dans la programmation et la planification de projet.

### *B) Programmes plus génériques*

*Une approche générique va plus loin que la simple adaptation culturelle des moyens, puisqu'elle ouvre une porte à la modification de toutes les modalités d'intervention, incluant celle des objectifs.*

Une autre façon de concilier des valeurs divergentes dans un même modèle d'intervention est de faire une planification plus générique, permettant aux communautés d'apporter cette spécificité qui les distingue sur le plan des valeurs, des comportements et des concepts. Une approche plus générique va plus loin que la simple adaptation culturelle des moyens, puisqu'elle ouvre une porte à la modification de toutes les modalités d'intervention, incluant celle des objectifs.

**Prévoir l'adaptation des programmes**

La reconnaissance, par la Direction de la santé publique, des problèmes reliés à la jeunesse comme étant une priorité a, au départ, été bien perçue par le milieu de l'intervention. Cette reconnaissance représentait en effet l'acquisition de ressources humaines et financières additionnelles. Parallèlement, toutefois, cette démarche était vue comme contraignante. Du financement leur était offert dans la mesure où ils suivaient un programme préétabli. Évidemment, cette procédure a occasionné certains problèmes. Les intervenants travaillent depuis un certain nombre d'années, ils ont développé leur expertise à travers leurs pratiques, ils ont une vision de la situation et une certaine conception des stratégies à déployer qui leur sont propres. Des frictions étaient inévitables lorsque les représentants de la santé publique ont tenté d'imposer leurs directives et leurs stratégies. Des négociations ont donc été entreprises et des compromis atteints : soutenir économiquement et professionnellement les Tables de concertation jeunesse. Les intervenants ont pu consolider les interventions qu'ils avaient déjà mises en place, et les instances de la santé publique ont pu maintenir les grandes lignes de la priorité jeunesse qu'elles s'étaient données, soit soutenir le développement des jeunes en insistant sur la responsabilisation, l'autonomie et l'adaptation. Cette programmation, plus générique, a permis aux intervenants d'introduire la spécificité de leur milieu dans le choix des interventions déployées.

*Élaborer des programmes plus génériques exige une collaboration étroite entre les organismes.*

Élaborer des programmes plus génériques exige une collaboration étroite entre les organismes qui seront appelés à mettre en pratique les plans d'action. Si les grandes lignes sont tracées par les planificateurs, les stratégies seront déployées par des organismes. Or, la capacité d'adapter les interventions sera plus grande si les orientations laissent suffisamment d'espace aux intervenants pour respecter la spécificité de leur clientèle, comme cela s'est produit, d'ailleurs, dans le cas de la priorité jeunesse.

### *C) Méthode d'évaluation des besoins adaptée à la diversité culturelle*

Finalement, comment l'évaluation des besoins peut-elle aider à l'élaboration d'interventions plus adaptées ? L'approche par indicateurs est fréquemment

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 111



utilisée pour saisir et déduire les besoins de la population, pour déterminer l'importance des problèmes et, conséquemment, pour définir les priorités et identifier les populations cibles. Pour tenir compte des variables concomitantes relatives à l'expérience migratoire et à la diversité culturelle, différentes perspectives sont possibles. Outre l'approche interculturelle, des méthodes ont été proposées au cours des années afin d'évaluer les besoins des clientèles immigrantes. Bien que la plupart d'entre elles s'appliquent surtout à la relation intervenant/client, les dimensions qu'elles proposent d'analyser peuvent inspirer une approche populationnelle.

*Les besoins de base des individus*

Orque (1988) propose un système d'analyse axé essentiellement sur les besoins de base de l'individu (religion, histoire, valeurs, relations sociales, langage, communication). D'après Orque, l'origine ethnique, la discrimination et les préjugés, la notion de temps et la religion sont les facteurs qui influencent le plus les comportements. Il serait donc essentiel d'en tenir compte pour l'évaluation des besoins. Ce système d'analyse permet de cerner les modes de fonctionnement d'un individu et l'importance qu'il accorde à divers aspects de sa vie. Plus concrètement, par l'analyse des besoins de base et des principaux facteurs culturels, l'intervenant peut proposer un traitement plus adéquat sur le plan culturel. Sur le plan de l'intervention directe, un des impacts de cette méthode est d'établir une relation de confiance et de respect entre le patient et l'intervenant. Quant à la planification d'une intervention, elle peut améliorer les chances d'adéquation des services, c'est-à-dire répondre aux besoins réels de la population ciblée.

*Saisir du mieux possible la réalité du client et surtout le rapport qu'il entretient avec différents aspects de sa culture d'origine et d'adoption.*

Fendetti et Goldmeir (1988) proposent un cadre d'analyse à trois niveaux qui rappelle le modèle écologique en ce qu'il considère l'individu en interaction avec son environnement. Plus précisément, afin d'évaluer l'importance de certaines valeurs culturelles, ils suggèrent d'analyser ce qu'ils nomment le niveau micro, le niveau mezzo et le niveau macro. Au niveau micro, on s'attarde plus particulièrement à la personne, donc à des variables comme la langue, la religion, le temps d'immigration et autres données socio-démographiques. Au niveau mezzo, on traite des relations familiales et de groupes et, finalement, le niveau macro consiste à situer la place qu'occupent les communautés locales dans la vie de l'individu. Ces éléments permettent à l'intervenant de saisir la réalité du client et surtout le rapport qu'il entretient avec différents aspects de sa culture d'origine et d'adoption. Cette méthode pourrait être particulièrement utile pour vérifier la réceptivité de certains groupes ethniques à l'égard de problématiques particulières. Ce faisant, il devient possible de concrétiser la volonté d'arrimer les objectifs d'un programme à la réalité des clientèles immigrantes.

*Les périodes prémigratoire, de transition et d'établissement pour définir les besoins*

Dracham (1992), quant à lui, suggère un outil de travail fondé sur trois axes : la période prémigratoire, la période de transition et la période d'établissement dans le pays d'accueil. En ce qui a trait à la période prémigratoire, Dracham propose d'analyser les conditions de départ et l'influence de celles-ci en fonction de la

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 112

problématique. La période de transition serait analysée en considérant le temps écoulé et les conditions de vie dans un camp de réfugiés, la perte de parents ou d'amis. Finalement, pour la période d'établissement, un outil d'évaluation devrait permettre d'analyser le type d'accueil reçu dans le pays hôte, l'écart entre les attentes et la réalité, et le degré de stress lié aux différences culturelles.

Ces trois façons d'allier des valeurs divergentes à un modèle d'intervention soulèvent un même enjeu, soit la capacité de tenir compte de la diversité culturelle sans déprécier les valeurs véhiculées dans la société d'accueil. Elles soulignent l'importance de consulter les instances ethniques d'un quartier pour saisir leur perception d'un problème de santé, mais également l'importance de tenir compte de variables propres aux circonstances migratoires afin de bien identifier les besoins des populations cibles et leurs perceptions des problèmes justifiant une intervention.

**Enjeu 9 : Adapter culturellement les modèles d'intervention**

*Quelques suggestions*

- Emprunter de multiples stratégies d'intervention.
- Éviter de contrecarrer ou encore de dédoubler les mécanismes naturels de protection.
- Respecter les valeurs dominantes de la société d'accueil sans pour autant indisposer les nouveaux arrivants.
- Ne pas banaliser les valeurs de la société majoritaire par souci de relativisme culturel.
- Faire en sorte que les objectifs d'un programme soient aussi arrimés à la réalité des clientèles immigrantes.

### *Choix des ressources pour l'intervention*

Bien que le planificateur ait à identifier une population cible, son contact direct est très souvent celui qu'il établit avec les intervenants ou les organismes qui auront à implanter un programme. En se sens, le recrutement concerne autant les intervenants que les sujets, et la relation qui peut exister entre ces derniers sur les plans culturel, ethnique et linguistique. Ainsi, plusieurs questions et autant d'enjeux sous-tendent les stratégies de recrutement :

- Est-il suffisant de laisser une intervention entre les mains d'un intervenant ou d'un organisme de la même origine ethnique que les populations ciblées pour garantir une adaptation ou une représentation culturelle de ce service ?
- Que veut dire la reconnaissance d'un savoir et de moyens différents dans le cadre d'un partenariat avec des « organismes ethniques » ?
- La collaboration avec ces organismes se traduit-elle par l'élaboration de projets originaux et non standards ?
- L'implication de réseaux ethniques est-elle une condition *sine qua non* à l'adaptation des programmes ?
- Comment concilier visées régionales et diversité culturelle ?

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 113



### *Représentation culturelle des partenaires*

*Les intervenants sont très souvent déchirés entre leur culture d'origine et leur culture professionnelle.*

Notons, dans un premier temps, que l'origine ethnique n'est pas garante de l'expertise et de la compétence d'un intervenant. Par ailleurs, si recruter un intervenant de la même culture que les clients semble, en théorie, être une solution intéressante, certaines considérations s'imposent. Il faut savoir que ces intervenants sont très souvent déchirés entre leur culture d'origine et leur culture professionnelle.

#### Entre la culture professionnelle et la culture personnelle

Un psychiatre haïtien racontait combien il était embêté lorsqu'il tentait de concilier sa culture d'origine et sa culture professionnelle de médecin pour soigner, par exemple, un Haïtien en crise vaudoue. Reconnaître cette crise ou diagnostiquer une psychose ? Dans un tel contexte, les enjeux pour un psychiatre d'origine haïtienne sont singuliers : il doit démontrer son professionnalisme et, par conséquent, reconnaître une crise vaudoue pourrait être interprété comme un biais culturel mettant en doute ses compétences scientifiques aux yeux de ses collègues.

Aussi, est-il pertinent de prendre en considération cette possible interférence entre culture professionnelle et culture personnelle afin de nuancer le rapport entre l'intervenant recruté et la clientèle visée. S'il est démontré que dans le cadre de certaines interventions, seule une personne de la même origine ethnique aura la crédibilité nécessaire pour intervenir, en contrepartie, il est faux de croire qu'un projet initié par des leaders de certains groupes ethniques reflétera immanquablement leur culture.

Pour mieux comprendre ce phénomène, il est intéressant d'aborder les relations interculturelles sous l'angle d'une *dynamique tripartite*. Par relation interculturelle, on entend généralement la rencontre minimale de deux individus de cultures différentes. Cela est également vrai pour deux individus de même culture, mais de sous-cultures différentes (classe sociale, génération, etc.). Cette relation suppose la reconnaissance des différences existant entre les individus en contact, c'est-à-dire de réaliser que le client n'est pas le seul porteur de culture, mais l'intervenant aussi. Cette constatation est notable, car en faisant abstraction de la culture de l'intervenant, en ne le percevant que comme un professionnel formé selon des fondements objectifs et scientifiques, on entretient la victimisation du patient ou du client (on le maintient dans une position d'infériorité opposant compréhension culturelle et scientifique).

En effet, non seulement l'intervenant a-t-il une culture, mais il en porte au moins deux :

1) une culture *personnelle* qui suppose une vision du monde, des valeurs, des normes, des pratiques sociales, des références symboliques, une représentation d'autrui, une attitude à l'égard de la différence culturelle, des présupposés, des préjugés, etc.;

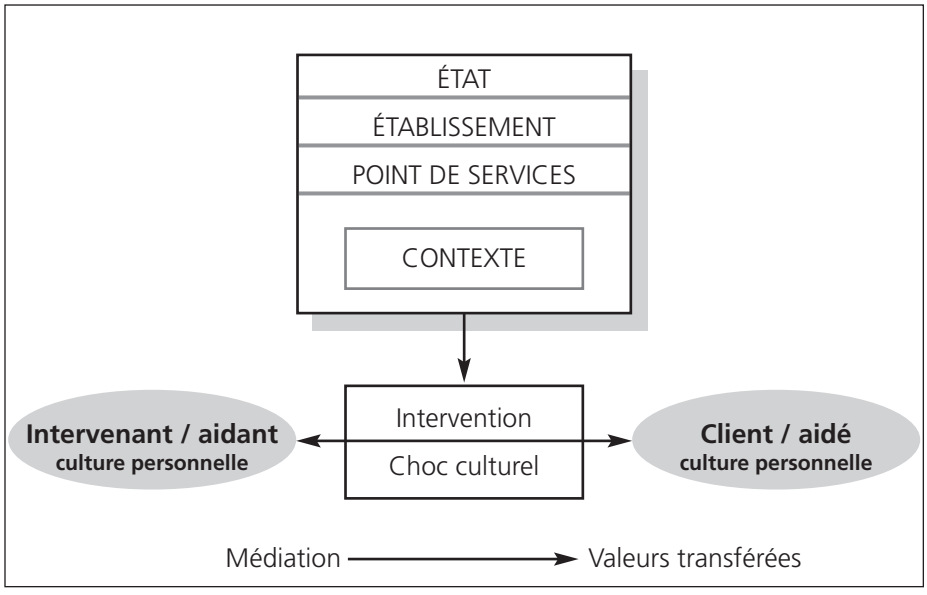
34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 114

2) une culture *professionnelle* dénotant une représentation de son rôle d'intervenant, des mandats, des normes, des valeurs et des modes d'intervention, une idéologie et une représentation du client qui véhicule des croyances fondées dans la théorie et la pratique.

Cette dialectique culturelle s'inscrit dans un contexte d'intervention lui-même porteur de cultures. En fait, l'intervenant se situe à l'intersection de plusieurs courants culturels s'emboîtant les uns aux autres. En effet, chaque milieu de travail, bureau, point de services, département ou unité, a son histoire, ses traditions et ses manières de faire. Ce premier ancrage professionnel et institutionnel de l'intervenant est, quant à lui, géré par les politiques internes de l'établissement en lien avec sa fonction. Par exemple, au sein de la Direction de la santé publique, la priorité tout-petits et la priorité jeunesse sont chacune associée à un mandat, à une vision, à des fondements et à des croyances. L'établissement répond à son tour à l'État qui élabore les lois et les politiques à la base de ses actions et qui permet, en allouant du financement, la mise en œuvre de ces priorités. Derrière ces lois domine une vision de la société vis-à-vis de laquelle l'intervention doit se positionner dans un contexte où de multiples courants complémentaires ou contradictoires se côtoient (figure 5).

Finalement, l'intervenant, qu'il soit issu d'un groupe minoritaire ou majoritaire, se situe entre la culture du client et celle de l'institution pour laquelle il travaille. En situation de médiation interculturelle, l'intervenant est le véhicule de sa culture professionnelle, de sa culture personnelle et institutionnelle.

**Figure 5 : Dynamique tripartite : modèle de médiation interculturelle**




(Adapté de Kalpana Das, 1997)

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 115



Cette dynamique nous apprend autre chose, à savoir que l'intervenant n'est pas l'unique responsable de la manière dont les services sont déployés. Ce dernier dépend en effet d'une structure, d'une administration et d'exigences qui dictent sa façon de travailler et d'entrer en relation avec la personne aidée. Par exemple, ne pas établir de relations personnelles avec la clientèle, rencontrer un nombre donné de clients, évaluer en fonction d'objectifs précis, d'un temps précis, etc. L'intervenant est souvent coincé entre ces exigences institutionnelles et les besoins du client, parfois particuliers dans le cas des personnes immigrantes. Afin de dépasser ces exigences, le partenariat devient fort important dans la mesure où il permet de combiner des expertises différentes et des approches différentes.

### *Le partenariat : convergence de visions et de savoirs*

*Reconnaissance d'un savoir différent*

Le partenariat met en relation des organismes qui peuvent préconiser des approches différentes, des expertises différentes et des façons d'intervenir fondées sur des philosophies et des préceptes différents. En ce sens, le partenariat, lorsqu'il suppose l'implication d'un réseau ethnique, sous-tend la reconnaissance de ces différences lors du processus d'élaboration d'un projet. Cette reconnaissance d'un savoir différent soulève toutefois plusieurs difficultés auxquelles les partenaires en présence devront faire face :

- une remise en question possible des prémisses de départ (façon de concevoir le problème et de le résoudre);
- une remise en question des moyens déployés;
- le recours à des moyens qui ne cadrent pas nécessairement avec la tradition de l'institution;
- la capacité de concilier des mandats parfois très diversifiés (prévention, promotion, actions militantes, etc.) et présents dans chaque organisme.

*La principale difficulté est la capacité d'intégrer les spécificités culturelles dans l'élaboration de programmes.*

Ces difficultés, lorsque surmontées, font du partenariat un processus qui favorise la création de programmes novateurs, car il expose à des solutions que chaque partenaire, seul, ne pourrait envisager que difficilement. En théorie, donc, le partenariat peut favoriser un décloisonnement des savoirs. Mais, en pratique, bien que la reconnaissance de spécificités culturelles n'est plus une difficulté en soi, c'est la capacité de les intégrer dans l'élaboration de programmes qui pause problème. Trop souvent, l'actualisation de ces valeurs dans la pratique demeure abstraite, voire déficiente, et peut même impliquer des visions irréconciliables. Par exemple, en Haïti, dans une publicité sur la prévention du sida, on peut voir un coq dire : «Je ne vais pas me faire avoir ! ». L'idée derrière ce message reflète une forme de machisme accepté dans la culture haïtienne. Et ce message sera efficace dans la mesure où il est ancré aux valeurs des personnes ciblées. Dans un autre contexte, ce message perdrait de sa valeur. L'utiliser au Québec, par exemple, pourrait représenter une transgression des valeurs aujourd'hui dominantes quant aux relations entre hommes et femmes.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 116

*N'est-il pas possible de négocier une intervention basée sur des principes en apparence contradictoires, comme l'égalité et la complémentarité ?*

D'autres fois, par contre, des visions en apparence contradictoires peuvent se combiner dans un seul et même programme. Par exemple, la plupart des projets visant à contrer la violence faite aux femmes reposent sur l'idée d'égalité entre les sexes. Or, au sein de certaines cultures, l'égalité n'est pas inhérente au discours sur l'ordre social ni au bien-être. On parlera plutôt de complémentarité des rôles entre l'homme et la femme. Dans ces communautés, on ne retrouve pas nécessairement une incidence plus grande de violence envers les femmes. Il y existe des mécanismes de protection encadrés par cette idée de complémentarité des rôles. Sachant cela, le partenariat permettrait de négocier une intervention basée à la fois sur les principes d'égalité et de complémentarité. En ce sens, dans un cas comme dans l'autre, le partenariat entraîne les partenaires à confronter l'idéologie derrière leur démarche.

Plus précisément, si on considère les valeurs différentes des nôtres comme inférieures, ou archaïques, toute forme de négociation et d'innovation véritable est vouée à l'échec. La notion d'individualité versus celle d'intégration de groupe illustre bien ce propos. Qui doit-on protéger : l'individu, le groupe ou la famille ? Le mandat des divers organismes œuvrant dans le domaine de la violence faite aux femmes est de protéger l'individu victime de violence conjugale. Pourtant, dans plusieurs cas, malgré une violence parfois insupportable, ce que certaines femmes privilégient est avant tout le maintien de leur famille. Si on accorde une plus grande valeur à une de ces deux façons de voir les choses, la famille ou l'individu, on risque de ne pas intervenir adéquatement.

### Adapter la forme d'une intervention

Les responsables du programme contre le sida ont réalisé qu'il serait particulièrement difficile d'implanter une intervention orchestrée par la santé publique en matière de prévention primaire auprès des membres de la communauté haïtienne de Montréal. Pour cette raison, ils tiennent désormais un rôle de soutien auprès des organismes qui eux ont le mandat d'adapter les interventions à la réalité du milieu. Ceci étant dit, les professionnels de la santé publique ont été sollicités par la communauté haïtienne pour les conseiller dans la mise sur pied d'une pièce de théâtre. La pièce touchait plusieurs thèmes périphériques aux comportements des Haïtiens en matière de sida. Elle abordait entre autres la question du vaudou. Dans cette démarche, l'intérêt premier est la création d'une pièce de théâtre, la culture haïtienne étant d'abord et avant tout une culture orale. Puis, cette pièce a été intégrée à d'autres stratégies d'intervention.

*L'efficacité d'une stratégie d'intervention repose largement sur son potentiel de réceptivité au sein de la population ciblée.*

En somme, l'efficacité d'une stratégie d'intervention repose largement sur son potentiel de réceptivité au sein de la population ciblée. En ce sens, le partenariat procure de nombreux avantages, dont celui d'actualiser ce potentiel. Il propose une façon, parfois laborieuse certes, mais pratique de concilier des visions différentes. Nous parlons alors de convergence des idées, des points de vue et des modalités d'intervention dans le but d'améliorer l'accessibilité des services.

Néanmoins, à l'instar des recommandations formulées par Jacob et Raquepas (1996) dans leur rapport sur les programmes de partenariat et l'adaptation culturelle des services, certaines mises en garde s'imposent. Le partenariat, s'il peut aider à adapter culturellement les services, doit aussi servir, par la recherche de

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 117



points communs, au rapprochement des communautés en allant au-delà d'une vision axée uniquement sur les différences. Aussi, l'analyse de la situation doit primer sur la perception des différences culturelles et d'une mise en place inconditionnelle de mesures favorisant une adaptation dite culturelle. À cet effet, les auteurs considèrent « qu'il est beaucoup plus avantageux de construire autour de similitudes, dans la recherche de convergences » (Jacob et Raquepas, 1996 : 96).

*« Il est beaucoup plus avantageux de construire autour de similitudes, dans la recherche de convergences »* (Jacob et Raquepas, 1996 : 96).

Les risques d'un partenariat axé exclusivement sur la reconnaissance ethnique, et sur les différences culturelles, peuvent être, par exemple, de propager une « déologie *noiriste* ou encore le maintien dans la catégorie *ethnoculturelle* des personnes voulant y échapper » (ibid : 97). Néanmoins, on ne peut nier qu'une reconnaissance des expertises propres à chaque organisme et à chaque institution est souvent le point de départ d'un partenariat qui devrait évoluer vers une considération toujours accrue de l'ascension sociale des personnes. Malheureusement, plusieurs expériences de partenariat impliquant des organismes ethniques démontrent que les dossiers ont évolué dans le sens d'un accommodement « raisonnable », oubliant l'arbitraire de ce qui est raisonnable, souvent défini par le groupe dominant. Ces partenariats plutôt que de se construire sur la reconnaissance de la différence de l'autre, pourraient se bâtir sur la reconnaissance du partage d'un sens commun, permettant ainsi de « faire de l'autre un autrui, donc par essence un semblable et non un perpétuel étranger » (ibid : 96).

Un service de médiation et de négociation devrait d'ailleurs être accessible pour soutenir les efforts de partenariat et favoriser une plus grande cohérence de l'analyse de la situation, des objectifs et des stratégies d'intervention (ibid : 97). La médiation permet en effet de désamorcer des tensions, mais surtout d'établir un vocabulaire commun. Deux conditions permettant de dépasser les différences et de faire converger les visions et les savoirs.

**Enjeu 10 : Le partenariat : convergence de savoirs et de visions**

*Quelques suggestions*

- Se confronter à l'idéologie qui est derrière toute démarche.
- Mettre en pratique nos connaissances des spécificités culturelles en partenariat avec d'autres organismes.
- Ne pas hésiter à avoir recours à un service de médiation culturelle.
- Consulter avant d'engager un processus d'adaptation culturelle pour en évaluer la pertinence.

### *Tenir compte de la diversité culturelle*

Est-il toujours possible et pertinent de tenir compte de la diversité culturelle pour l'élaboration d'une problématique ? Et comment s'y prendre ? Pour répondre à ces questions, un certain consensus se dessine autour de l'approche interculturelle. Cette approche, toutefois, a surtout fait ses preuves dans le cadre de relations interpersonnelles. Il importe donc, ici, de saisir comment elle peut s'avérer utile dans un contexte populationnel et, surtout, dans le cadre des étapes

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 118

qui précèdent l'implantation d'un programme. Ceci signifie qu'au moment d'élaborer une problématique, et de planifier un projet, le professionnel doit déjà être en mesure de prendre un recul face à sa propre société et à ses propres valeurs. Voyons d'abord comment se situe l'approche interculturelle dans le cadre d'une relation dyadique pour ensuite en saisir les possibilités pour une approche populationnelle.

## *L'approche interculturelle*

En matière de formation, on constate l'existence d'un nombre plutôt limité d'approches. La majorité d'entre elles s'articulent d'ailleurs autour de l'approche interculturelle, laquelle tente de traduire l'expérience ethnologique en habiletés d'interaction sociale en contexte différent culturellement.

*De façon générale, l'approche interculturelle est fondée sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins.*

De façon générale, l'approche interculturelle, souligne Chiasson-Lavoie (1992), signifie qu'il faut accorder une importance aux valeurs des autres et avoir un certain recul face à sa propre société et à ses propres valeurs. Cohen-Émerique (1993) soutient pour sa part que toutes les interventions auprès de personnes des groupes ethniques minoritaires doivent être fondées sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs, de ses besoins, et supposent une écoute active et l'établissement d'un climat de confiance. En apparence simple, ce processus peut parfois s'avérer très complexe.

*L'interaction entre individus doit être placée au premier plan afin d'aller au-delà de la seule variable culturelle.*

L'approche interculturelle, selon Cohen-Émerique (1993), doit donc aller au-delà des connaissances d'une ou de plusieurs cultures, car ces connaissances peuvent facilement revêtir un aspect folklorique et, par le fait même, favoriser une stigmatisation de l'autre. Bien qu'importante, cette conscience de la différence s'avère insuffisante. Elle nous maintient au stade de la valorisation des manifestations culturelles au détriment de ce qui leur donne un sens. Afin d'aller au-delà de la variable culturelle, Cohen-Émerique suggère une approche où l'*interaction* entre individus est au premier plan. Cette approche est basée sur une triple démarche permettant d'acquérir des compétences pour intervenir auprès d'une clientèle différente culturellement. Bien que cette approche ait été élaborée en fonction d'une interaction dyadique aidant/aidé, il est possible d'induire une variante populationnelle relative à l'exercice de planification :

### *1) La décentration*

*Prendre en considération nos valeurs de référence et la façon dont nous nous représentons l'autre qui est différent culturellement.*

*En intervention* : La décentration consiste à prendre en considération nos valeurs de référence et la façon dont nous nous représentons l'autre qui est différent culturellement. Pour ce faire, Cohen-Émerique (1984) suggère la méthode du « choc culturel » (tableau 8), lequel joue comme révélateur de sa propre culture et des zones les plus sensibles dont nous sommes les héritiers culturels.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 119



*En planification* : Dans le cadre d'une planification, un questionnement sur la teneur culturelle des priorités peut accompagner le processus de réflexion. Quelles valeurs sont véhiculées en optant pour telle ou telle façon de définir un problème de santé ? Par exemple, l'autonomie, est une des valeurs dominantes que véhicule l'ensemble des priorités en santé publique peu importe la population visée, enfant, adulte, femme, aîné, etc. En fait, l'autonomie fait désormais partie de la définition même de la santé et du bien-être. Or, bien que cette façon de concevoir la santé soit légitime, elle n'est pas nécessairement partagée par l'ensemble de la population, le croire serait faire preuve d'ethnocentrisme.

### 2) La découverte du cadre de référence de l'autre (centration)

*En intervention* : La centration consiste à saisir les cadres de référence et les représentations des individus desservis. Plus précisément, considérer la rationalité de l'autre sans nécessairement en accepter les prémisses et les aboutissements. C'est un effort de curiosité pour s'ouvrir à ce qui donne sens et valeur à l'autre, à travers sa culture, sa migration, son exil, etc.

*Considérer la rationalité de l'autre sans nécessairement en accepter les prémisses et les aboutissements.*

*En planification* : Il s'agit ici de prendre en considération les caractéristiques d'une population en tenant compte de ses particularités liées à l'expérience migratoire, à l'exil et à l'adaptation environnementale. Il s'agit aussi de documenter et de reconnaître des différences culturelles, d'autres visions du monde, de la santé et du bien-être. Finalement, voir à la possibilité d'inclure ces différentes visions dans un processus de planification, lors de l'élaboration de la problématique, du choix des populations cibles, de l'établissement des priorités et des objectifs ou lors de l'implantation et du choix des stratégies d'intervention.

### 3) La négociation/médiation

*En intervention* : La négociation/médiation s'inscrit dans une phase de résolution de conflits liés à des systèmes de valeurs en opposition. La médiation est tributaire de la décentration et de la centration, et est réalisée directement par les acteurs ou en faisant appel à un tiers. La médiation passe nécessairement par le dialogue pour établir des enjeux et des intérêts communs ainsi que des compromis entre les points de vue opposés. C'est un processus complexe qui implique de sonder chez l'autre les frontières perméables autant que les barrières infranchissables.

*La négociation/médiation est un processus complexe qui implique de sonder chez l'autre les frontières perméables autant que les barrières infranchissables.*

*En planification* : Dans le contexte d'une planification, si la médiation culturelle peut être profitable pour la résolution de conflits, elle se situe principalement lors d'une action intersectorielle ou de partenariat avec des organismes représentant des groupes ethniques. Pour ce faire, toutefois, il faut que des organismes aient été impliqués lors de la planification, et non pas au moment d'une étape subséquente d'implantation, ce qui implique

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 120

une reconnaissance préalable de visions et de savoirs différents (centration).

Cette méthode d'analyse repose sur une récupération des chocs culturels, lesquels agissent comme révélateurs de notre propre culture et des zones les plus sensibles dont nous sommes les héritiers culturels.

*Les zones sensibles : la culture ne se caractérise pas uniquement par ce qu'elle valorise, mais aussi par ce qu'elle refoule ou rejette.*

Pour mieux saisir la notion de **zones sensibles**, rappelons que la culture ne se caractérise pas uniquement par ce qu'elle valorise, mais aussi par ce qu'elle refoule ou rejette (Devereux, 1985). Aussi, nous dit Cohen-Émerique (1993), la confrontation relevant de différences culturelles peut faire surgir, principalement, deux types de *refoulement*. Le premier représente ce qui peut être considéré comme impensable dans une culture, mais valorisé dans une autre (par exemple, les rituels corporels, indécents pour les uns et marques de politesse pour les autres, les mariages arrangés, etc.). Le deuxième type fait référence aux archaïsmes, c'est-à-dire aux « modèles anciens refoulés qui éveillent de l'angoisse car, en réalité, au niveau individuel comme au niveau social, les nouveaux modèles sont encore fragiles, menacés par le retour de ces archaïsmes (par exemple, l'utilisation de la langue anglaise par des migrants au Québec, ou encore le statut de la femme soumise issue des sociétés musulmanes » (Cohen-Émerique, 1993). Ces refoulements peuvent être à l'origine d'une relation conflictuelle qui risque de dégénérer. Le professionnel peut en effet se sentir menacé dans son identité et le client, différent culturellement, peut se sentir disqualifié, car ce qui fonde pour lui son appartenance, « ce qui est croyable pour lui », n'est pas reconnu. À son tour, il se sentira menacé (Apollon, 1992).

***Pourquoi l'approche interculturelle ?***
*D'abord et avant tout pour réduire les incompréhensions et les malentendus qui alimentent les jugements de valeur et nuisent à la l'adaption des services.*

Aussi, le heurt avec la culture de l'autre, c'est-à-dire avec ce qui nous semble le plus déroutant et le plus étrange chez l'autre, peut être révélateur de sa propre culture et des zones les plus critiques dans la rencontre. L'analyse du choc culturel apparaît donc comme un moyen qui permet de prendre conscience de sa propre identité sociale, condition incontournable pour la compréhension de l'autre. Six étapes d'analyse du choc culturel guident cette démarche, questionnant l'identité des personnes en présence, la nature du contexte de l'interaction, la réaction vis-à-vis du choc, le cadre de référence de la personne qui a vécu le choc et celui de celle qui l'a provoqué et, finalement, l'importance du problème rencontré (tableau 8). Cette démarche vise avant tout à réduire les incompréhensions et les malentendus qui souvent alimentent les jugements de valeurs et nuisent à la possibilité d'adapter adéquatement des activités offertes à une clientèle pluriethnique.

**Tableau 8 : Grille d'analyse des chocs culturels**

**1.** Qui sont les acteurs en présence dans cette situation interculturelle, leur identité (âge, sexe, origine, profession, etc.), leur type de rapports et ceux qui relient leurs groupes d'appartenance ?
**2.** Quelle est la situation dans laquelle se déroule l'intervention (contexte physique, social, psychologique, etc.) ?
**3.** Quelle est la réaction de choc: sentiments vécus... ?

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 121



**4.** Quelles sont les représentations, les valeurs, les normes, les conceptions, les préjugés, bref, le cadre de référence de la personne qui a vécu le choc ?

**5.** Quelles sont les représentations, les valeurs, les normes, les conceptions, les préjugés, bref, le cadre de référence de la personne qui a provoqué le choc ?

**6.** Cet incident critique pose-t-il un problème de fond concernant soit la pratique professionnelle, soit de façon générale le respect des différences en situation interculturelle ?

(Grille adaptée d'après Cohen-Émerique, 1993)

## *La médiation interculturelle*

*La médiation interculturelle est un processus de résolution de conflits qui consiste à faciliter la compréhension entre personnes de cultures différentes.*

La médiation interculturelle est un processus de résolution de conflits qui consiste à faciliter la compréhension entre personnes de cultures différentes, à dissiper les malentendus entre le professionnel et le migrant. C'est une démarche qui permet de négocier un accommodement *raisonnable*. Par accommodement *raisonnable*, nous entendons ici un compromis profitable aux groupes antagonistes ayant des valeurs et des façons de voir différentes. Plus précisément, cela implique la capacité de distinguer chez l'autre ce qui est fondamental, i.e. difficilement changeable, de ce qui est plus superficiel, donc plus facilement modifiable. D'ailleurs, au cours du processus migratoire, le succès du processus d'adaptation des familles immigrantes tient à ce phénomène d'accommodement entre ce qui doit être préservé et ce qui peut être transformé au bénéfice de tous les membres de la famille.

*La centration ou la reconnaissance du construit culturel du problème*

Il en va de même avec les programmes d'intervention, de promotion ou de prévention en santé publique qui impliquent plus d'une institution. Pour favoriser une conciliation des visions et permettre un accommodement raisonnable, les tenants de l'approche interculturelle préconisent une démarche de médiation interculturelle marquée par les processus de centration et de décentration culturelle dont nous avons discuté plus haut.

*Pour l'élaboration d'une problématique, la centration représente une étape de réflexion permettant de se situer face au problème.*

En ce qui a trait à l'élaboration d'une problématique, la centration représente une étape de réflexion permettant de se situer face au problème. Ceci signifie qu'il faut avoir un certain recul face à sa propre société et à ses valeurs. Ce processus de centration est un préalable aux interactions avec des partenaires qui peuvent avoir une vision différente d'un même problème. La démarche de centration permettra aux porteurs d'un projet ou d'un programme de se décrire et par le fait même d'offrir aux groupes concernés les connaissances nécessaires à une interaction. Ainsi débute la démarche de médiation interculturelle, car elle ouvre une porte aux partenaires afin qu'ils puissent introduire leur propre vision des choses.

### Établir une relation de confiance

Dans le cadre du Suivi de la tuberculose sous observation directe, l'intervenante se présente aux patients en leur expliquant en quoi consiste la maladie et le suivi qu'elle entreprend. L'intervenante décrit la maladie, ses causes, ses modes de transmission, les risques de contagion et la médication. Elle décrit également le caractère obligatoire de la déclaration de la maladie et du traitement. Puis, les patients sont invités à livrer leur perception de la maladie, leur interprétation des causes et de la médication utilisée. Cette démarche permet d'établir une relation de confiance, car elle ouvre un dialogue par une approche interactive. Il s'agit d'une étape charnière qui permet d'assouplir les résistances qui font obstacle à l'acceptation de l'intervention et à la fidélité au traitement.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 122

*Sphère publique ou sphère privée*

Si la démarche de centration lors d'une relation directe entre un intervenant et un patient est bien documentée par la littérature, il en va autrement de son application possible lors des étapes de planification et de programmation. Dans les deux cas, cependant, l'exercice est le même en ce qu'il consiste à dégager de façon explicite les conceptions et les valeurs sous-jacentes à nos actions et nos choix. Prenons par exemple la problématique de la violence faite aux femmes. Si on peut intervenir en fonction de ce phénomène, c'est entre autres parce qu'il relève désormais de la sphère publique. Par ailleurs, on peut dire que les principales valeurs se rattachant à cette problématique reflètent l'égalité de la femme et son individualité. Or, au sein de plusieurs communautés, il s'agit d'un problème qui relève du domaine privé et qui réfère plutôt à la complémentarité des genres et à la cohérence familiale. Un autre exemple peut être tiré de la priorité jeunesse. Pourquoi s'attarder plus particulièrement à la responsabilisation des jeunes et à leur autonomie, et non pas au respect des adultes et à la discipline ? Ces choix sont totalement légitimes et répondent d'une certaine logique. Mais l'effort déployé pour saisir les valeurs qu'ils sous-tendent permet d'ouvrir un dialogue avec les personnes concernées.

### Cosmocentrisme et anthropocentrisme

Afin de faciliter les démarches de centration et de décentration, certains tenants de l'approche interculturelle proposent l'utilisation d'un système de classification des cultures basé sur les notions ***anthropocentrique*** et ***cosmocentrique.*** Cette classification est présentée comme une méthode de décentration qui vise notamment à mieux tenir compte de la diversité culturelle. Cette catégorisation permet entre autres d'interpréter des comportements liés à la mort, à l'éducation, à la maternité et à la paternité. La vision anthropocentrique, propre au monde occidental, fait de l'homme le centre du monde, et du bien de l'humanité la cause finale de toutes choses. De cette vision découle une façon d'appréhender le monde qui incite à l'expliquer, à l'analyser et à l'exploiter.

Quant à la vision cosmocentrique qu'on retrouve entre autres chez les populations asiatiques, africaines et autochtones, l'univers est perçu comme de l'énergie continuellement en mouvement. Cette énergie, se condensant de différentes façons, produit la diversité des formes observables sur terre. Ainsi, un humain, un nuage, un lièvre, ou une pomme résultent d'une même énergie universelle. Bien que ces catégories constituent deux pôles entre lesquels existent un éventail de nuances, il s'agit d'un point de départ pour une démarche de décentration. En effet, si l'on situe un individu dans le paradigme cosmocentrique, il est plus facile de comprendre pourquoi il accepte avec un certain fatalisme la mortalité, car elle figure à l'intérieur d'un cycle de vie plutôt que comme un échec. Notons que la réincarnation peut être classée parmi les cultures *cosmocentriques,* où la vie et la mort s'inscrivent dans une séquence logique. Il faut toutefois se méfier de généraliser à partir de cette classification, surtout utile pour éviter de sombrer dans un relativisme trop radical.

Dans le cas d'une conception anthropocentrique de la parentalité, les parents sont considérés comme les premiers responsables de l'enfant qu'ils ont créé. Ils ont la responsabilité de lui fournir les outils qui lui permettront de se trouver une place privilégiée dans la société. En milieu d'intervention, la stimulation infantile aura donc une importance fondamentale. Une mère cherchera sans cesse à stimuler son enfant. En fait, le but sera d'outiller l'enfant pour qu'il puisse à son tour conquérir son univers. En contrepartie, dans le cas d'une conception plus cosmocentrique de la parentalité, la mère sera avant tout le véhicule de l'enfant qu'elle porte. En fait, l'enfant peut être perçu comme la réincarnation d'un ancêtre, d'où l'importance de respecter ce qu'il est et de laisser se manifester, à travers lui, cet ancêtre. On cherchera par l'éducation à développer ses habiletés, mais pas nécessairement à l'outiller pour qu'il puisse maîtriser son environnement.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 123



Une réflexion introspective est donc nécessaire pour permettre un passage entre le schème de référence propre au milieu professionnel et celui propre aux regroupements communautaires. C'est en exposant de façon explicite notre perception d'un problème qu'on offre la chance à l'autre de réagir et de prendre position en comparant avec sa propre perception du problème. En ce sens, un exercice de centration peut avoir un effet miroir bouleversant et révélateur pour les groupes concernés.

*Décentration ou reconnaissance du cadre culturel de l'autre*

*Un exercice de centration peut avoir un effet miroir bouleversant et révélateur pour les groupes concernés.*

### Tenir compte de la réalité des familles immigrantes

Le programme *Naître égaux - Grandir en santé*, par sa volonté de s'adapter aux réalités des familles de diverses communautés culturelles, a eu des effets sur la gestion du programme et de la recherche. La démarche de prise de conscience des réalités différentes de certaines communautés culturelles était particulièrement importante auprès des intervenantes. Certaines ne voulaient plus intervenir auprès des familles musulmanes car elles avaient difficilement accès à la femme sans passer par l'homme. Cette expérience a amené le projet à élargir la clientèle cible et à reconnaître également le rôle du père comme parent. Les instruments ont aussi été adaptés. Finalement, cela a eu pour effet de reconstruire l'intervention à partir des besoins de la famille et de sa réalité.

Les relations homme/femme et les relations familiales sont des zones sensibles qui appellent un effort de décentration parfois fort laborieux. Les représentants du dossier *Violence faite aux femmes* illustrent bien, d'une part, la nécessité de faire cet exercice de décentration et, d'autre part, les difficultés qui en découlent (voir l'exemple ci-après).

### Être sensible aux raisons ayant motivé une demande d'aide

La première intervention auprès de victimes de violence conjugale est de protéger les femmes. Les principaux moyens mis en place sont l'hébergement et le soutien pour la séparation. Or, pour les femmes immigrantes, cette mesure est trop drastique. Dans certains cas, ce genre d'intervention peut avoir des conséquences majeures sur le fonctionnement de la famille, voire du clan ou du village d'origine. Les unions matrimoniales dans certains pays sont le fruit d'ententes sociales qui ont permis d'établir des unions entre villages. Un divorce a des répercussions qui dépassent le seul bien-être des conjoints, car il peut rompre des alliances. Outre l'importance qu'elles peuvent accorder au maintien de leur union matrimoniale, les conséquences d'une séparation sont telles que ces femmes immigrantes n'envisageront qu'avec beaucoup d'hésitation cette option, et ce, malgré la violence apparente qu'elles subissent. Très souvent, elles consulteront afin que quelqu'un intervienne auprès de leur mari qu'elles jugent en crise, et non pas pour se protéger. D'où l'importance d'être sensible aux motivations qui les ont incitées à chercher de l'aide. En appliquant des mesures standards et sans procéder à une analyse de la situation qui tient compte des enjeux sociaux et familiaux pour ces femmes, elles ne sauront profiter du soutien qui peut leur être offert.

L'exemple qui précède illustre bien la pertinence de tenir compte du facteur culturel et de l'effort de décentration pour intervenir adéquatement. En ce sens, l'approche interculturelle trouve son utilité à tous les paliers de la planification, dans la mesure où elle sert non seulement à relativiser notre vision des choses, mais aussi à intégrer d'autres façons de concevoir la santé et le bien-être. Ce faisant, elle ne peut qu'améliorer les chances de réussite des interventions, car elle permet d'assurer une certaine cohérence culturelle entre visions de la santé et stratégies d'intervention.

*L'approche interculturelle trouve son utilité à tous les paliers de la planification et elle sert non seulement à relativiser notre vision des choses, mais aussi à intégrer d'autres façons de concevoir la santé et le bien-être.*

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 124

***Mises en garde :***

- *L'excès de relativisme culturel*
- *Le réductionnisme culturel*
- *L'immobilisme*
- *Les généralisations et la folklorisation des différences*
- *L'idéalisation de la différence*

Cela dit, bien que l'approche interculturelle puisse favoriser le développement d'une vision pluraliste de la santé publique, certaines mises en garde s'imposent. L'approche interculturelle, en mettant l'accent sur le respect des différences, peut mener à un réductionnisme culturel, c'est-à-dire à des explications ne reposant que sur des arguments culturels, alors que des facteurs économiques, personnels, biologiques ou autres peuvent influencer les comportements et les attitudes. Ce faisant, on peut pécher par excès de relativisme culturel et sombrer dans l'immobilisme, car tout devient relatif. Plusieurs soulignent d'ailleurs qu'il est plus avantageux de construire autour de similitudes et de points communs (Jacob et Raquepas, 1996). Aussi, sans nier l'existence des différences culturelles, la recherche de convergences demeure indispensable pour l'élaboration de programmes. En ce sens, la médiation interculturelle représente un atout important, car elle permet justement de travailler dans cette direction en tenant compte des différences culturelles tout en respectant les valeurs et le savoir-faire propres à la population d'accueil et à ses institutions.

*Il faut éviter l'excès de relativisme culturel pour ne pas sombrer dans l'immobilisme.*

Finalement, l'approche interculturelle, si elle permet de surmonter un sentiment de menace face à la différence, peut aussi favoriser l'inverse, soit une idéalisation de la différence. Cette idéalisation, non moins subjective que le sentiment de menace, traduit toute différence en quelque chose de mieux. Elle découle en partie d'une décentration trop sommaire, c'est-à-dire d'une mauvaise connaissance de nos propres valeurs et de nos cadres de référence. D'ailleurs, ce type d'idéalisation constitue un piège, car elle favorise un regard normatif, naïf et aveugle devant les variations intra-culturelles. Elle donne donc prise aux généralisations et à la folklorisation de la culture. Aussi, cette vision peut-elle garder sous silence certaines réalités présentes dans toutes les sociétés, comme la présence de racisme ailleurs que chez les populations occidentales, d'injustices, de préjugés et de discrimination. Mais au-delà de ces quelques mises en garde, cette approche constitue actuellement le meilleur outil au plan de la pratique en ce qu'elle vise à outiller les professionnels pour faire de la différence culturelle un avantage.

*L'approche interculturelle peut aussi favoriser une idéalisation de la différence, ce qui donnerait prise aux généralisations et à la folklorisation de la culture.*

## *Conclusion*

Tout au long de ce chapitre, des pistes permettant de considérer la diversité culturelle lors du processus de planification ont été suggérées. Nous avons également constaté que, de la reconnaissance d'un problème de santé jusqu'à l'implantation d'un programme visant à y faire face, apparaissent des enjeux et des questions auxquels il est difficile de demeurer indifférent. En fait, chacune des étapes associées à la planification comporte des enjeux relatifs à la diversité culturelle, au choix des priorités, au choix des populations cibles, au choix des modèles d'intervention, au choix des partenaires, à l'éthique et au type d'adaptation préconisé. En effet, lorsque cette réflexion sur l'ajustement à la

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 125



pluralité est amorcée, c'est autant sur le plan personnel que professionnel que nous sommes interpellés, comme il nous a d'ailleurs été permis de l'expérimenter lors des discussions qui ont conduit à ce chapitre.

À ce sujet, l'approche interculturelle nous rappelle que ce sont nos valeurs et nos croyances qui sont en jeu dans ce processus d'adaptation, d'où la survenue de certaines difficultés souvent associées à un sentiment de menace. Paradoxalement, l'essentiel des solutions à ce défi font corps avec ce sentiment de menace. Car c'est d'abord par la reconnaissance de notre propre culture et des valeurs qui nous importent le plus que débute cette démarche menant à la reconnaissance de la différence, mais aussi aux ressemblances qui nous unissent.

L'adaptation à la diversité culturelle, il va sans dire, n'est pas une mince affaire, car elle peut entraîner une remise en question des certitudes qui jusque-là guidaient nos décisions. La reconnaissance des valeurs derrière les priorités établies, derrière aussi les moyens utilisés pour y remédier, constitue un préalable nécessaire à cette adaptation qui ne saurait se faire sans un questionnement continu. Telle que présentée en fin de chapitre, l'approche interculturelle propose des moyens pour faire face à ces enjeux de l'adaptation culturelle, en ce qu'elle constitue une façon constructive d'aborder la diversité culturelle. Qui plus est, elle constitue aux yeux de plusieurs la seule méthode qui actuellement permet de faire de la différence un atout.

Enfin, ce questionnement peut et doit se maintenir vis-à-vis des autres outils privilégiés par la santé publique, notamment les indicateurs de santé ethniques et culturels. Bien qu'imparfaits, ces indicateurs sont incontournables pour appuyer le processus décisionnel tel qu'il se pratique en santé publique. Aussi, est-il de plus en plus important de bien connaître les imperfections de ces indicateurs pour mieux éviter les pièges qu'ils recèlent et bénéficier de leur véritable potentiel à rendre compte des concepts corollaires à la culture et à l'ethnicité.

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 126

**Tableau 9 : Synthèse des suggestions relatives à l'enjeu de l'adaptation culturelle lors des étapes de planification**

| ÉTAPES | PROCESSUS | SUGGESTIONS |
|---|---|---|
| **IDENTIFICATION ET RECONNAISSANCE D'UN PROBLÈME** | • Conviction de l'existence du problème (influences politiques et sociales)<br>• Données épidémiologiques, état des connaissances<br>• Identification des déterminants et des groupes affectés<br>• Valeurs sociales | • Nuancer la perspective universelle du problème déterminé.<br>• Relativiser la définition du problème en fonction du contexte et des valeurs véhiculées.<br>• Reconnaître que les priorités reflètent avant tout les valeurs propres aux groupes dominants.<br>• Remettre en question des valeurs dominantes lorsque nécessaire.<br>• Définir les orientations politiques et idéologiques (assimilation ou intégration). |
| **ÉLABORATION DE LA PROBLÉMATIQUE ET ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS** | • Conceptualisation du problème<br>• Orientation stratégique : réduction des méfaits, tolérance zéro ou autre<br>• Choix des priorités<br>• Choix des populations cibles<br>• Choix des déterminants appropriés | • Éviter l'exclusion de groupes ethniques où la problématique se définit autrement.<br>• Faire converger les orientations avec des visions différentes.<br>• Tirer sa force de la diversité culturelle à l'aide d'accommodement.<br>• Éviter de stigmatiser des groupes ciblés.<br>• Considérer la valeur transculturelle des déterminants de la santé.<br>• Reconnaissance de l'expertise des groupes ethniques. |
| **IMPLANTATION DES PROGRAMMES ET DES STRATÉGIES** | • Définition des objectifs en termes de résultats sur la santé<br>• Choix des approches et des stratégies d'intervention<br>• Ressources requises<br>• Objectifs opérationnels<br>• Déploiement<br>• Recrutement des clientèles | • Tenter d'établir une cohérence culturelle entre les stratégies adoptées et le degré de sensibilisation des populations visées.<br>• Impliquer des intervenants issus de groupes ethniques.<br>• Envisager le recours à des solutions inspirées par des visions nouvelles.<br>• Établir des partenariats.<br>• Pallier aux critères de recrutement qui ne sont pas universels. |
| **ÉVALUATION** | • Évaluation formative du programme<br>• Rétroaction continue en cours de réalisation<br>• Retour vers la planification stratégique | • Évaluer l'adaptation culturelle des programmes.<br>• Évaluer les transformations.<br>• Procéder à une identification continue des besoins.<br>• Évaluer la nécessité d'une adaptation culturelle des programmes. |
| **INCLURE LA DIVERSITÉ CULTURELLE** | • Amélioration de l'accessibilité en contexte de pluralité culturelle | • Voir à l'adaptation culturelle pour toutes les étapes de réalisation et de planification.<br>• Évaluer les besoins de formation interculturelle.<br>• Établir des partenariats fonctionnels.<br>• Mettre en pratique nos connaissances des spécificités culturelles en partenariat avec d'autres organismes.<br>• Avoir recours à un service de médiation culturelle.<br>• Consulter avant d'engager un processus d'adaptation culturelle pour en évaluer la pertinence. |

34711 3e partie 8/28/06 1:18 PM Page 127

## QUESTIONS À POSER

- Est-ce que le problème est perçu de la même façon dans toutes les communautés ?
- Quelles sont les différentes définitions possibles du problème identifié ?
- Quelles sont les valeurs dominantes rattachées à ce problème, et de quel milieu sont-elles issues ?
- Quel est le contexte historique, politique et économique qui a vu émerger ce problème ?
- Les valeurs véhiculées par ce problème sont-elles associées à l'organisation, à sa mission, à une corporation, à une personne, aux groupes visés ?

- Est-ce que les groupes ethniques minoritaires ont les mêmes leviers politiques, économiques ou sociaux pour influencer les politiques de santé ?
- Doit-on se soucier de ces groupes qui ont peu de moyens pour faire valoir leurs besoins et leurs problèmes ?
- Est-ce que les données épidémiologiques disponibles reflètent bien l'expérience migratoire et la diversité culturelle ?
- Ces données épidémiologiques permettent-elles de circonscrire la réalité des populations immigrantes et minoritaires ?
- Les catégories sociales (revenu, scolarité) et ethniques (allophone, groupes religieux) utilisées permettent-elles de saisir la singularité des expériences migratoires (violence organisée, intégration, discrimination, etc.) ?
- Est-ce que l'expérience migratoire fausse les catégories socio-économiques utilisées généralement ?
- Les données probantes permettent-elles de cerner un problème qui est également perçu par la communauté ?
- Est-il possible que des problèmes particuliers aient été cernés au sein d'une communauté mais qu'ils ne soient pas illustrés par des données épidémiologiques ?

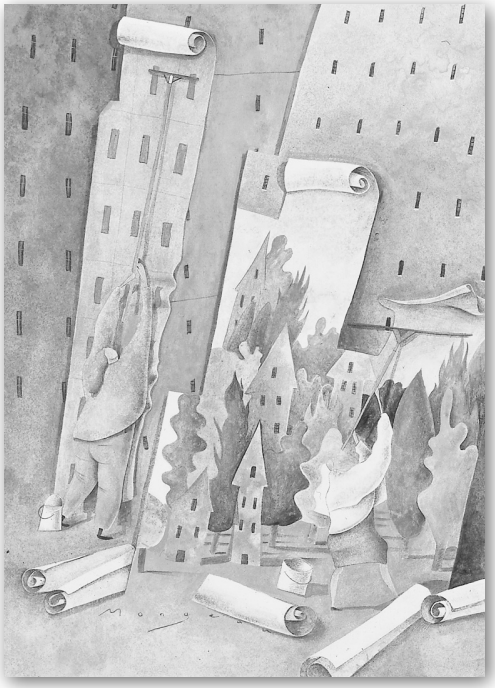
- A-t-on envisagé plusieurs solutions ?
- Est-ce que des groupes de cultures différentes peuvent se reconnaître dans les solutions avancées ?
- Est-ce que les programmes de masse rejoignent également toutes les communautés ?
- En faisant des choix exclut-on certains groupes ? Lesquels ?
- Les modes de consultation des groupes ethniques minoritaires permettent-ils une réelle représentativité ?
- Est-ce que les consultations auprès des groupes ethniques se font en respectant d'autres modes de communication ?
- L'angle sous lequel a été défini le problème fait-il l'unanimité des groupes que l'on souhaite rejoindre ?
- Est-ce que les aspects retenus de la problématique opposent les promoteurs du projet et les groupes culturels ?
- Les promoteurs du projet sont-ils prêts à remettre en question des valeurs qui sous-tendent leur action et leur initiative ?

- Est-ce que les adaptations culturelles apportées à un programme rendent celui-ci plus accessible ?
- A-t-on prévu les coûts de l'adaptation culturelle du programme ?
- Le modèle d'évaluation du programme peut-il cerner son adaptation culturelle, c'est-à-dire ses transformations ?
- Les groupes visés ont-ils pu faire valoir les stratégies d'intervention qui leur semblent les plus appropriées ?
- Les stratégies d'intervention retenues sont-elles en contradiction ou en continuité avec celles déjà en place dans les groupes, c'est-à-dire les mécanismes sociaux de protection ?
- Le programme permet-il de concilier les valeurs dominantes de la société à sa réalité pluraliste ?
- Est-ce que des partenaires de groupes ethniques ont été présents tout au long du processus ?
- Le partenariat aide-t-il à reconnaître ou à tenir compte de savoir-faire différents ?
- Est-ce que les partenaires culturels sont des leaders reconnus et appréciés dans leur communauté ?

- Cibler un groupe particulier entraîne-t-il un risque de stigmatisation ?
- Est-ce que les promoteurs d'une problématique reconnaissent qu'ils sont également porteurs d'une culture ?
- Quelle est l'évolution historique des stratégies liées à la problématique ?
- Est-ce que ces stratégies ont évolué de la même façon dans les sociétés d'où proviennent les populations immigrantes ?
- Est-ce que les stratégies adoptées peuvent être choquantes pour les personnes immigrantes ?

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 128

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 129



CHAPITRE 4

# Des concepts aux chiffres

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 130

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 131

*CHAPITRE*

# 4 DES CONCEPTS AUX CHIFFRES

***Hélène Riberdy, Danielle Guay et Alex Battaglini***

Une fois les mots et les concepts précisés, le besoin de quantifier les réalités ethniques et migratoires de même que les états de santé qui y sont associés demeure une réalité pour les planificateurs. Bien qu'il s'agisse d'une démarche légitime, le chemin qui y mène est rempli d'embûches et de frustrations : les données idéales pour construire une véritable mesure des phénomènes ethniques n'existent tout simplement pas.

Devons-nous pour autant renoncer à chiffrer ces réalités ? Que peut-on mesurer ? Comment choisir les indicateurs ? Y a-t-il des indicateurs plus fiables que d'autres ? Quels pièges nous guettent lorsqu'on les utilise ? Comment les utiliser adéquatement ?

Ce chapitre tente d'apporter quelques éléments de réponse à ces questions afin d'outiller le planificateur en santé publique lorsqu'il a des décisions à prendre. La première section jette les jalons nécessaires pour identifier de bons indicateurs : la définition des concepts retenus, un bref rappel de la définition et des propriétés d'un indicateur, de même qu'une liste de critères permettant de faire un choix judicieux. Une fois ces prémisses établies, les trois principaux fichiers administratifs disponibles au sein des Directions de santé publique ainsi que les indicateurs fiables que l'on peut en tirer sont introduits. La seconde section se veut un outil pratique pour guider le planificateur à faire un choix éclairé parmi les indicateurs retenus pour chacune des sources d'information exploitées. Les indicateurs y sont présentés sous forme de fiches techniques où apparaissent la définition du concept, la méthode de calcul de l'indicateur, ses avantages et ses limites. Il s'agit donc d'un outil de référence que le lecteur consulte selon ses besoins. Enfin, le chapitre se termine par une brève synthèse, quelques suggestions d'exploitation de sources d'information supplémentaires et quelques pistes de développement.

## *Ce dont on peut rendre compte*

Les concepts théoriques abordés au premier chapitre, tels que les notions de culture, de race et d'ethnicité, reflètent des réalités fort complexes. Afin de pouvoir en estimer les manifestations dans une population donnée, il faut toutefois cerner les aspects qui sont mesurables, puis retenir ceux qui sont pratiques pour la planification des programmes et des services de santé.

Compte tenu qu'un des enjeux actuels pour les planificateurs en santé publique est l'accessibilité et l'adaptabilité des services, nous avons retenu cinq concepts utiles :

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 132

allophone, immigrant, groupe ethnique, communauté noire et appartenance religieuse.

Voici la définition que nous avons retenue pour chacun de ces concepts :

*Il faut passer des concepts à une définition pratique de ce que l'on veut mesurer.*

**Allophone :** Personne qui ne peut parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à sa santé ou bien-être.

**Immigrant :** Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.

**Groupe ethnique :** Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.

**Communauté noire :** Ensemble de personnes généralement identifiées à la communauté noire.

**Appartenance religieuse :** Ensemble de personnes partageant une même croyance.

Ces définitions représentent l'aspect pratique des phénomènes que l'on tente de mesurer. Elles sont loin d'être absolues et n'ont un sens que dans le cadre de la réalité contemporaine actuelle de la santé publique. Ainsi, dans un autre contexte, le concept d'allophone pourrait être défini différemment.

D'autres concepts pertinents à la planification de la santé, tels que ceux d'intégration linguistique, d'intégration économique ou d'intégration résidentielle abordés au premier chapitre, auraient pu être retenus. Cependant, le développement d'indicateurs simples et parlants pour bien mesurer ces concepts représente un défi majeur en raison des sources d'information disponibles actuellement. Ainsi, la durée de séjour, qui constitue un des facteurs clés de l'intégration, est une information rarement colligée dans les fichiers au Québec. Il a donc été jugé préférable de se limiter à des concepts plus faciles à documenter.

### *Que peut-on mesurer ?*

*Il faut plusieurs indicateurs pour cerner un phénomène.*

Mesurer des concepts à partir d'une seule mesure n'est généralement pas suffisant et même souvent inadéquat. Ceci est d'autant plus vrai, pour les concepts relatifs à l'ethnicité et aux phénomènes migratoires qui représentent eux-mêmes une réalité très complexe, comme cela est largement démontré au chapitre 1.

On doit souvent avoir recours à plusieurs données observables qui fourniront chacune une observation sommaire, une facette du phénomène : l'indicateur.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 133



L'indicateur se définit comme :

*Un indicateur représente une observation sommaire, une seule facette d'un phénomène*

« *une donnée statistique ou une information empirique qui vise à donner une indication, un renseignement, un indice sur un état de situation et/ou sur son évolution…* » (Gagné, 1995 : 4)

Par ailleurs, un indicateur peut être exprimé sous plusieurs formes. Pour les épidémiologistes, ce sont surtout les mesures relatives (pourcentages, taux) qui sont d'intérêt. Par contre, pour les planificateurs, les mesures absolues (nombres) sont de meilleurs indicateurs des besoins de la population. Lorsque cela est possible, autant les mesures absolues que les mesures relatives sont présentées. Le lecteur pourra ainsi choisir la mesure la plus appropriée à ses besoins.

## *Comment choisir les indicateurs ?*

Trop souvent pris dans le feu de l'action, le planificateur choisit un indicateur par habitude, sans vraiment savoir s'il est approprié ou non à ses besoins.

Pour remédier à cette situation, plusieurs auteurs ont exposé les qualités minimales que devrait avoir un indicateur pour le planificateur en santé et proposent des critères à considérer pour les évaluer (Fortin, 1995; Pinault et Goulet, 1995).

Pour que les critères soient le plus utiles possible, ils doivent permettre d'évaluer les caractéristiques tant pratiques que méthodologiques des indicateurs.

*Un bon indicateur pour le planificateur doit être facile à obtenir, peu coûteux et fiable.*

Les critères de qualité qui sont apparus les plus pertinents pour choisir les indicateurs permettant de mesurer les concepts retenus dans ce document sont : la disponibilité de l'information, les faibles coûts encourus pour obtenir l'information nécessaire à la construction de l'indicateur, sa validité, sa fiabilité et sa pertinence.

*Un indicateur sera valide s'il «traduit» bien la réalité qu'il est censé traduire et si sa variation est étroitement associée à celle du phénomène dont il doit rendre compte.* (Fortin, 1995 : 9)

*L'indicateur sera fidèle si, quelles que soient les circonstances, sa valeur ne varie pas quand il rend compte de situations identiques.* (Fortin, 1995 : 10)

L'indicateur sera pertinent s'il permet d'apprécier l'importance du problème qu'il décrit et s'il permet d'élaborer des interventions. (Pineault et Goulet, 1995 : 144)

## *Sources d'information disponibles*

*Au Québec, plusieurs fichiers administratifs comportent des informations d'ordre culturel.*

Il faut tout d'abord mentionner que les Directions de santé publique ont comme mandat légal d'informer la population sur son état de santé général. Pour y arriver, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) leur fournit

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 134

quelques fichiers administratifs qui incluent des informations d'ordre culturel. De même, plusieurs produits issus des recensements canadiens sont acquis régulièrement afin de compléter le portrait de la population.

En fait, les Directions de santé publique produisent rarement des fichiers, mais sont surtout des utilisatrices de données recueillies par des acteurs qui, on peut le comprendre, ne colligent pas toujours l'information à des fins de connaissance de la population mais bien souvent à des fins purement administratives (ex. : la gestion de la clientèle). L'information disponible est donc souvent limitée pour mesurer les phénomènes qui préoccupent le monde de la santé, dont les réalités ethniques et migratoires.

Les principaux fichiers disponibles actuellement en provenance du MSSS sont les suivants : le fichier des naissances, le fichier des décès, le fichier des mortinaissances, le fichier des hospitalisations (MED-ECHO) et le fichier des tumeurs. Sont également disponibles différents tableaux du recensement canadien publiés par Statistique Canada, tableaux qui peuvent varier d'une région à l'autre selon les besoins des Directions de santé publique.

Précisons que les informations d'ordre culturel contenues dans ces fichiers ont été jusqu'à maintenant peu exploitées, à l'exception de celles issues des recensements canadiens.

Devant l'ampleur de la tâche, l'étude des indicateurs a été limitée aux informations recueillies lors des recensements canadiens ainsi qu'aux deux fichiers les plus utilisés dans les Directions de santé publique, soit le fichier des naissances et celui des décès.

Pour chaque fichier, une liste d'indicateurs potentiels a été établie pour tenter de mesurer les cinq concepts présentés au point 4.1. Ensuite, au cours d'un long processus, tous les aspects couverts par les critères de qualité retenus ont été documentés pour chacun des indicateurs potentiels. De cet exercice, vingt-trois indicateurs sont ressortis pour leurs qualités pratiques et méthodologiques.

### *Les indicateurs issus du recensement canadien*

*Le recensement permet de mieux connaître les caractéristiques culturelles et ethniques des populations que desservent les Directions de santé publique.*

Le recensement canadien, réalisé tous les cinq ans, est une source d'information bien connue et très exploitée dans le réseau de la santé. Depuis 1981, la cueillette d'information se fait majoritairement par l'intermédiaire d'un questionnaire autoadministré retourné par la poste. Un questionnaire « court » est distribué à l'ensemble de la population alors qu'un questionnaire «long », incluant les questions du premier, est distribué dans un logement sur cinq.

À cause de sa grande couverture, le recensement est sans contredit la source d'information la plus riche au sein des Directions de santé publique sur les caractéristiques culturelles et ethniques de la population qu'elles desservent.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 135



On y recueille entre autres des données sur la langue maternelle, la langue parlée à la maison, le lieu de naissance, les personnes qui ont reçu le statut d'immigrant, l'année d'obtention du statut d'immigrant, l'origine ethnique des ancêtres, l'identité ethnique (au recensement de 1996) et la religion (un recensement sur deux).

À partir de ces éléments, il est possible de dégager plusieurs indicateurs et de mesurer tous les concepts retenus. En effet, après avoir vérifié les qualités pratiques et méthodologiques, 11 indicateurs ressortent (tableau 10).

**Tableau 10**
**Indicateurs culturels rencontrant les critères de qualité pour les planificateurs en santé publique, recensement canadien**

| Concept «opérationnel» | Indicateur |
|---|---|
| Allophone | Nb et % de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais |
| | Nb et % de la population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais |
| Immigrant | Nb et % d'immigrants |
| | Nb et % de résidents non permanents |
| | % d'immigrants récents |
| Groupe ethnique | Nb et % de la population selon l'origine ethnique unique |
| | Nb et % de la population selon l'origine ethnique hiérarchisée |
| | Nb et % de la population selon la langue maternelle |
| | Nb et % de la population d'origine ethnique autre que française ou britannique |
| Communauté noire | Nb et % de la population qui fait partie de la communauté noire |
| Appartenance religieuse | Nb et % de la population selon la religion |

Bien que le recensement canadien fournisse beaucoup d'information en lien avec les cinq concepts retenus, il n'offre aucun renseignement sur des éléments permettant d'avoir une vision plus juste de ces phénomènes, tels que la catégorie d'admission des immigrants, la langue parlée dans les différentes sphères sociales et le degré de maîtrise de la langue parlée. En fait, le recensement canadien a une vocation très large qui ne permet pas d'aller en profondeur pour chacune des problématiques.

*Le recensement ne comprend pas toutes les informations nécessaires à la planification en santé publique.*

### *Les indicateurs issus du fichier des naissances*

Le fichier des naissances est constitué des informations recueillies dans le bulletin de naissance vivante (SP-1) lors de la naissance d'un nouveau-né. Une copie de ces Bulletins est envoyée à l'Institut de la statistique du Québec[11] (ISQ) qui exploite à des fins statistiques les renseignements contenus dans ces formulaires. Une fois validée, l'information est transmise au ministère de la Santé et des Services sociaux qui en achemine une partie sous la forme d'un fichier dénominalisé à toutes les Directions de santé publique du Québec.

*Le fichier des naissances permet de mieux connaître les caractéristiques culturelles et ethniques des nourrissons et de leurs parents.*

[11] Nouveau nom du Bureau de la Statistique du Québec (BSQ)

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 136

Il s'agit d'un fichier dont l'objectif premier est de recueillir des informations démographiques, quoique des informations de nature médicale y soient également consignées en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique.

Parmi les informations touchant les parents du nourrisson, cinq sont d'ordre culturel : le lieu de naissance de la mère et du père, la langue maternelle de la mère et du père ainsi que la langue d'usage de la mère à la maison.

Il est intéressant de noter que malgré les nombreuses études réalisées à partir de ce fichier très peu ont porté sur la validation et l'exploitation des caractéristiques culturelles.

*Les informations disponibles ne permettent pas de cerner les concepts de communauté noire et d'appartenance religieuse.*

Après un examen attentif des qualités pratiques et méthodologiques des indicateurs pouvant être élaborés à partir des informations d'ordre culturel disponibles, aucun ne permet de cerner adéquatement les concepts de communauté noire et d'appartenance religieuse. Néanmoins, pour les trois autres concepts, neuf indicateurs rencontrent les exigences (tableau 11).

**Tableau 11**
**Indicateurs culturels rencontrant les critères de fiabilité pour les planificateurs en santé publique, fichier des naissances**

| Concept «opérationnel» | Indicateur |
|---|---|
| Allophone | Nb et % de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais |
| | Nb et % de nouveau-nés dont la langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais |
| Immigrant | Nb et % de nouveau-nés dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada |
| | Nb et % de nouveau-nés dont la mère est née à l'extérieur du Canada |
| Groupe ethnique | Nb et % de nouveau-nés selon le lieu de naissance de la mère ou du père |
| | Nb et % de nouveau-nés selon la langue maternelle de la mère ou du père |
| | Nb et % de nouveau-nés de faible poids par lieu de naissance de la mère |
| | Nb et % de nouveau-nés prématurés par lieu de naissance de la mère |
| | Nb et % de nouveau-nés dont la mère est faiblement scolarisée par lieu de naissance de la mère |

Les indicateurs construits tant à partir des informations de la mère que du père ont été priorisés afin de répondre à l'effort particulier qui est fait actuellement au Québec en santé publique pour intégrer les pères dans les activités périnatales.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 137



## LES INDICATEURS ISSUS DU FICHIER DES DÉCÈS

*Le fichier des décès permet de caractériser la mortalité des personnes nées à l'extérieur du Canada.*

Le fichier des décès est constitué des informations recueillies dans les Bulletins de décès (SP-3) lors du décès de toute personne au Québec. Une copie de ces Bulletins est envoyée à l'ISQ qui exploite à des fins statistiques les renseignements contenus dans ces formulaires. Une fois validée, l'information est transmise au ministère de la Santé et des Services sociaux qui en achemine une partie sous la forme d'un fichier dénominalisé à toutes les Directions de santé publique du Québec.

Il s'agit d'un fichier dont l'objectif premier est de recueillir des informations démographiques, quoique plusieurs informations de nature médicale y soit notées en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique.

Parmi les informations d'identification de la personne décédée, deux sont d'ordre culturel : le lieu de naissance de la personne et la langue d'usage qu'elle utilisait à la maison.

Quelques chercheurs canadiens ont exploité la variable lieu de naissance dans leurs études, mais on n'y trouve pas de documentation approfondie de la fiabilité de la variable. En ce qui concerne la langue d'usage, peu de chercheurs ont tenté d'en documenter la fiabilité.

Toutefois, dès l'étape d'évaluation de la qualité méthodologique pour la variable «langue d'usage», il a pu être constaté que, pour les personnes âgées vivant dans un établissement de santé, l'information déclarée semble correspondre davantage à la langue parlée avec le personnel en place qu'à la langue d'usage habituelle de la personne décédée. Puisque cela en diminue la fiabilité, aucun indicateur potentiel n'a été construit à partir de cette variable.

N'ayant plus que la variable lieu de naissance de la personne décédée comme information d'ordre culturel, seul le concept immigrant sera touché avec les données du fichier des décès. Malheureusement, bien qu'il soit possible de développer des indicateurs à partir de la variable lieu de naissance pour le concept «groupe ethnique », le nombre de décès pour un pays donné n'est généralement pas assez élevé pour que les indicateurs soient fiables.

Ainsi, trois indicateurs sont ressortis en raison de leurs qualités pratiques et méthodologiques pour le concept d'immigrant (tableau 12).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 138

**Tableau 12**
**Indicateurs culturels rencontrant les critères de qualité pour les planificateurs en santé publique, fichier des décès**

| Concept «opérationnel» | Indicateur |
|---|---|
| Immigrant | Nombre de décès et taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada |
| | Espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada |
| | Nombre de décès et taux comparatif de mortalité selon la cause spécifique pour les personnes nées à l'extérieur du Canada |

*L'information disponible ne permet pas d'éliminer tous les facteurs confondants.*

Bien que les indicateurs présentés soient intéressants et fiables, il faut être prudent dans l'interprétation des comparaisons entre la population née à l'extérieur du Canada et celle née au Canada. Plus d'information serait nécessaire pour éliminer tous les facteurs confondants. En effet, il faudrait idéalement nuancer l'analyse en considérant la catégorie d'immigrants (immigrant indépendant, réfugié, etc.), la date d'arrivée au pays, la durée du séjour ainsi que l'âge au moment de l'immigration. Malheureusement, ces variables ne sont pas recueillies dans le bulletin de décès.

## *Que contiennent les fiches synthèses ?*

**Contenu de la fiche synthèse :**
- Nom de l'indicateur
- Variable utilisée
- Méthode de calcul
- Frais d'acquisition pour les DSP
- Avantages
- Limites
- Mise en garde pour les CLSC

Afin de rendre le tout utile au planificateur, les divers renseignements concernant chaque indicateur ont été regroupés dans une fiche synthèse.

Les éléments de validité les plus importants y sont inscrits. Il s'agit : du nom de l'indicateur, de la variable utilisée, de la méthode de calcul, des frais d'acquisition pour les Directions de santé publique, de ses avantages, de quelques limites et de mises en garde concernant le calcul de l'indicateur par territoire de CLSC.

Les renseignements regroupés sur la fiche synthèse réfèrent à la réalité du réseau de santé publique. C'est pourquoi l'unité géographique la plus fine considérée est le territoire de CLSC pour le fichier du recensement et celui des naissances. La personne intéressée à construire un indicateur pour une unité géographique plus petite devra pousser un peu plus l'analyse des limites statistiques des indicateurs issus de ces fichiers avant de l'utiliser.

En ce qui concerne le fichier des décès, il n'est pas possible d'établir des indicateurs à l'échelle du CLSC pour la région de Montréal-Centre à cause du nombre inégal d'omissions de la déclaration du lieu de naissance d'un centre hospitalier à l'autre (actuellement, dans plusieurs hôpitaux, on n'indique pas le lieu de naissance des décédés). Espérons que dans un avenir proche cette faiblesse sera corrigée.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 139



On trouvera également dans la section méthodologique une évaluation des coûts encourus pour obtenir les données par territoire de CLSC détaillées selon l'âge, le sexe et le seuil de faible revenu.

Enfin, une valeur de l'indicateur pour la région de Montréal-Centre est présentée à titre illustratif.

Dans la deuxième partie de la fiche, le planificateur trouvera les principaux avantages, les limites et les mises en garde qu'il doit prendre en considération dans l'interprétation de l'indicateur qu'il a choisi. Il pourra ainsi éviter les pièges les plus fréquents et utiliser l'indicateur adéquatement en évitant de lui faire dire n'importe quoi.

Pour le recensement canadien, cette partie est fondée principalement sur les écrits du recensement de 1991, car les documents méthodologiques pour le recensement de 1996 n'étaient pas disponibles lors de la documentation des indicateurs. Toutefois, lorsque cela était possible, des éléments relatifs au questionnaire de 1996 sont précisés.

Pour le fichier des naissances et des décès, cette partie est basée sur la réalité montréalaise; il est possible que la fiabilité soit différente pour les autres régions du Québec.

### *Leur mode d'emploi*

Les fiches sont regroupées par fichier et par concept afin que le lecteur puisse s'y retrouver facilement.

**MODE D'EMPLOI**

- Identifier le concept
- Identifier le bon indicateur
- Se renseigner sur ses limites

Pour chaque concept, une mise au point précède les indicateurs retenus. Elle permet de bien comprendre l'utilité des indicateurs, d'établir un parallèle entre eux et de guider le lecteur à faire un choix plus éclairé.

Une fois son choix arrêté, le planificateur pourra consulter la fiche synthèse correspondant à l'indicateur sélectionné et prendre connaissance des avantages et limites de celui-ci. De cette façon, le planificateur pourra éviter les pièges et maximiser l'utilisation de l'indicateur.

Afin de faciliter l'utilisation des fiches, l'ensemble des indicateurs retenus ainsi que les concepts et les sources de données qui s'y rattachent sont présentés au tableau 13.

## Tableau 13
## Indicateurs retenus selon les concepts et les sources de données

| Nom du fichier | Allophone | Immigrant | Groupe ethnique | Communauté noire | Appartenance religieuse |
|---|---|---|---|---|---|
| Recensement canadien | • Nombre et proportion de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais<br>• Nombre et proportion de la population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais | • Nombre et proportion d'immigrants<br>• Nombre et proportion de résidents non permanents<br>• Proportion d'immigrants récents | • Nombre et proportion de la population selon l'origine ethnique unique<br>• Nombre et proportion de la population selon l'origine ethnique hiérarchisée<br>• Nombre et proportion de la population d'origine ethnique autre que française ou britannique<br>• Nombre et proportion de la population selon la langue maternelle | • Nombre et proportion de la population qui fait partie de la communauté noire | • Nombre et proportion de la population selon la religion |
| Fichier des naissances | • Nombre et proportion de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais<br>• Nombre et proportion de nouveau-nés dont la langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais | • Nombre et proportion de nouveau-nés dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada<br>• Nombre et proportion de nouveau-nés dont la mère est née à l'extérieur du Canada | • Nombre et proportion de nouveau-nés selon le lieu de naissance de la mère ou du père<br>• Nombre et proportion de nouveau-nés selon la langue maternelle de la mère ou du père<br>• Nombre et proportion de nouveau-nés de faible poids par lieu de naissance de la mère<br>• Nombre et proportion de nouveau-nés prématurés par lieu de naissance de la mère<br>• Nombre et proportion de nouveau-nés dont la mère est faiblement scolarisée par lieu de naissance de la mère | | |
| Fichier des décès | | • Nombre de décès et taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada<br>• Espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada<br>• Nombre de décès et taux comparatif de mortalité selon la cause spécifique pour les personnes nées à l'extérieur du Canada | | | |



34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 140

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 141

# Fiches synthèses :

## *Fichier du recensement*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 142

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 143

## *Allophone*

*Les allophones sont ceux qui ne peuvent parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à leur santé ou bien-être.*

### *Quel indicateur choisir?*

À partir des renseignements recueillis au cours du recensement canadien, il est possible de calculer plusieurs indicateurs pour estimer la proportion d'allophones. Or, l'indicateur à retenir pourrait être différent selon la situation ou le genre d'information recherchée par le planificateur.

Nous proposons ici deux indicateurs, soit : 1) le nombre et la proportion de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais ; 2) le nombre et la proportion de la population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais.

Lorsque le planificateur désire évaluer l'importance de la population qui pourrait être désavantagée lorsqu'elle a recours à des services directs en raison de sa difficulté de communiquer en français ou en anglais, le premier indicateur sera le plus adéquat. En effet, pour des services directs basés sur la discussion, les échanges ou la compréhension, tels qu'une consultation médicale et un suivi postnatal, la connaissance du français ou de l'anglais n'est pas suffisante, il faut que la langue soit bien maîtrisée, bien comprise. Il est donc préférable d'utiliser la langue maternelle car elle offre une meilleure garantie de la maîtrise de la langue.

Dans d'autres situations, le second indicateur sera préférable. Notamment, si on cherche à évaluer l'importance de la population qui ne pourra être rejointe lors de la diffusion d'une campagne de prévention en français et en anglais uniquement (ex. : campagne de prévention contre le sida). Puisqu'il n'est pas nécessaire de discuter ou d'échanger, une connaissance même sommaire de la langue peut être suffisante. Ici, il est préférable de considérer la langue parlée à la maison qui prend en considération les personnes qui, bien que de langue maternelle autre que française ou anglaise, parlent une de ces langues à la maison.

Toutefois, dans bien des cas, le planificateur devra considérer les deux indicateurs simultanément en gardant en tête que ni l'un ni l'autre ne donnent une évaluation précise des personnes qui ne peuvent pas parler, s'exprimer, communiquer ou lire le français ou l'anglais.

En effet, aucun des indicateurs proposés ne parvient à circonscrire complètement le concept que nous avons retenu, car le formulaire du recensement ne contient pas de question permettant d'évaluer la capacité d'écrire ou de lire les langues déclarées, ni de préciser le degré de compréhension ou de maîtrise de ces langues. De plus, il aurait fallu d'autres questions touchant la langue utilisée au travail, dans les contacts à l'école, avec les voisins, etc.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 144



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais**

**Variable**

***Langue maternelle :***
Première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement.

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais (réponses uniques et multiples)}^{1}}{\text{Population totale ayant déclaré une langue maternelle (réponses uniques et multiples)}} \times 100$$

[1] Bien que la majorité des personnes n'aient qu'une seule langue maternelle, certaines en ont appris plusieurs simultanément dans leur enfance (ex. : français et arabe). Afin de rendre compte de cette réalité, Statistique Canada publie séparément les chiffres avec les appellations suivantes : « réponses uniques » pour les premières et « réponses multiples » pour les secondes.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no L9101A).
- Croisement avec le sexe : sans frais en 1991 (tableaux de Statistique Canada nos L9103A et L9106A).
- Croisement avec le seuil de faible revenu : frais considérables.

**Exemple**

*En 1996, 27 % de la population de Montréal-Centre a une langue maternelle autre que le français ou l'anglais.*

***ALLOPHONE :*** *Les allophones sont ceux qui ne peuvent parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à leur santé ou bien-être.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 145



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais**

### Avantages

- L'oubli de la langue maternelle est un phénomène plutôt rare, ce qui en fait une variable fiable.
- À partir du recensement de 1981, la langue maternelle est la seule information d'ordre culturel recueillie tant auprès des personnes qui vivent en institution qu'auprès du reste de la population.
- La langue maternelle est une variable recueillie dans plusieurs fichiers administratifs au Québec. Il est donc possible d'établir des parallèles entre l'information de ces fichiers et l'information tirée du recensement.
- Il permet de bien évaluer l'importance de la population qui pourrait être désavantagée lorsqu'elle doit avoir recours à des services directs en raison de sa difficulté de communiquer en français ou en anglais (ex. : visite médicale pour un immigrant récent provenant du Sri Lanka, du Pakistan, etc., suivi périnatal auprès de femmes chinoises).

### Limites

- Comme pour l'indicateur calculé à partir de la langue parlée à la maison, le présent indicateur ne permet pas d'évaluer la capacité d'expression, de communication ou de lecture des personnes qui ont déclaré comme langue maternelle le français ou l'anglais.
- L'indicateur calculé à partir de la variable langue maternelle surestime la proportion d'individus qui ne peuvent pas avoir accès aux services offerts en langue française ou anglaise. En effet, 33 % des personnes de langue maternelle autre que française ou anglaise feront un transfert vers le français ou l'anglais.
- Ce n'est pas un indicateur très valide pour les jeunes de 6 à 24 ans, à cause de la loi 101 qui oblige les immigrants à une scolarisation en français depuis 1977. Ainsi, même si certains immigrants de cet âge déclarent une langue maternelle autre que française ou anglaise, la plupart d'entre eux peuvent parler suffisamment le français pour avoir accès aux services de santé offerts dans cette langue.
- Jusqu'au recensement de 1991, la question portant sur la langue maternelle a subi des modifications qui affectent sa comparaison temporelle. Les modifications les plus importantes sont le regroupement, dans une même section du questionnaire, des questions touchant la langue au recensement de 1991 et l'acceptation de plus d'une réponse comme langue maternelle à partir du recensement de 1986. Il faut donc interpréter avec prudence une augmentation ou une diminution de moins de 1 % de la proportion de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais entre les recensements.
- Ce n'est qu'à partir du recensement de 1991 que les résidents non permanents sont inclus dans la population recensée. Cet ajout bien qu'avantageux nuit à la comparaison temporelle de la proportion de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 146



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais**

**Variable**

***Langue parlée à la maison :***
Langue la plus parlée à la maison au moment du recensement.

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais (réponses uniques et multiples)}^{1}}{\text{Population non institutionnelle}^{2}\text{ ayant déclaré une langue parlée à la maison (réponses uniques et multiples)}} \times 100$$

[1] Bien que la majorité des personnes ne parlent qu'une seule langue à la maison, certaines parleront tantôt l'une, tantôt l'autre (ex. : français et arabe). Afin de rendre compte de cette réalité, Statistique Canada publie séparément les chiffres avec les appellations suivantes : « réponses uniques » pour les premières et « réponses multiples » pour les secondes.

[2] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no L9102B).
- Croisement avec le sexe : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no L9103B).
- Croisement avec le seuil de faible revenu : frais considérables.

**Exemple**

*En 1996, 17 % de la population de Montréal-Centre parle une langue autre que le français ou l'anglais à la maison.*

***ALLOPHONE :*** *Les allophones sont ceux qui ne peuvent parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à leur santé ou bien-être.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 147



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais**

### Avantages

- Il prend en considération une partie des individus qui, bien que de langue maternelle autre que française ou anglaise, parlent une de ces deux langues à la maison (33 % des personnes immigrées). La proportion d'allophones mesurée à partir de la langue parlée à la maison sera donc légèrement inférieure à celle mesurée à partir de la langue maternelle.
- Il permet de bien évaluer l'importance de la population qui pourrait avoir de la difficulté à prendre connaissance des produits diffusés en raison de leur peu de connaissance du français ou de l'anglais (ex. : campagne de sensibilisation à la non-violence auprès des immigrants récents, diffusion des programmes d'encouragement à l'activité physique pour les personnes du troisième âge d'origine chinoise).

### Limites

- Comme pour l'indicateur calculé à partir de la langue maternelle, le présent indicateur ne permet pas d'évaluer la capacité d'expression, de communication, ou de lecture des personnes qui ont déclaré parler le français ou l'anglais à la maison.
- Bien que dans une moindre mesure que l'indicateur calculé à partir de la langue maternelle, le présent indicateur surestime la proportion d'individus qui ne peuvent pas parler ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour avoir accès aux services de santé ou de bien-être, car la langue déclarée par le répondant se définit par rapport à un seul point dans le temps et se limite à un seul lieu d'utilisation (il ne prend pas en considération l'école, le travail, etc.) Ce phénomène a beaucoup d'impact pour les immigrants récents, qui bien souvent maintiendront leur langue maternelle à la maison, mais parleront le français ou l'anglais dans leur lieu de travail, dans leurs contacts avec leurs voisins, etc.
- Ce n'est pas un indicateur très valide pour les jeunes de 6 à 24 ans, à cause de la loi 101 qui oblige les immigrants à une scolarisation en français depuis 1977. Ainsi, même si certains immigrants de cet âge déclarent parler une langue autre que française ou anglaise à la maison, la plupart d'entre eux peuvent parler suffisamment le français pour avoir accès aux services de santé offerts dans cette langue.
- Jusqu'au recensement de 1991, la question portant sur la langue parlée à la maison a subi des modifications qui affectent sa comparaison temporelle. Les modifications les plus importantes sont le regroupement, dans une même section du questionnaire, des questions touchant la langue au recensement de 1991 et l'acceptation de plus d'une réponse comme langue parlée à la maison à partir du recensement de 1986. Il faut interpréter avec prudence une augmentation ou une diminution de moins de 1 % de la proportion de la population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais entre les recensements.
- Ce n'est qu'à partir du recensement de 1991 que les résidents non permanents pouvaient répondre au questionnaire du recensement, auparavant ils n'étaient pas inclus dans la population recensée. Une part assez importante de la hausse du nombre de personnes dont la langue parlée à la maison est une langue autre que le français ou l'anglais entre 1986 et 1991 est attribuable à cette inclusion.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 148

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 149

### *Immigrant*

Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.

#### *Quel indicateur choisir?*

Depuis 1991, les renseignements recueillis lors du recensement canadien permettent de combiner deux indicateurs pour estimer le concept « immigrant » : 1) le nombre et la proportion d'immigrants; 2) le nombre et la proportion de résidents non permanents.

Le premier permet d'estimer les immigrants reçus, donc officiellement acceptés par les autorités canadiennes; ils représentent la majorité des immigrants.

Le second permet d'estimer l'autre portion de la population immigrante, soit les personnes qui n'ont pas encore le droit de résider en permanence au Canada mais qui en raison de leur droit de résidence provisoire ont droit aux services sociaux et de santé. Précisons que cette information n'est pas disponible avant 1991, car les résidents non permanents n'étaient pas inclus dans la population recensée.

La combinaison des deux indicateurs permet donc au planificateur d'estimer avec plus de précision la population qui pourrait nécessiter une approche différente de celle utilisée auprès de la population née au pays.

Bien qu'il aurait été plus intéressant de présenter un indicateur global (immigrants **reçus** et résidents non permanents), l'indisponibilité de l'information touchant les résidents non permanents avant 1991 aurait rendu difficile les comparaisons temporelles antérieures à 1991. Nous avons donc préféré les distinguer, et ce, d'autant plus que le premier indicateur, soit la proportion d'immigrants, est très utilisé dans les études portant sur la population immigrante. Mentionnons qu'en 1981 et 1986, il n'y avait pas de question directe touchant l'immigration et que la population immigrante était alors déterminée à partir de la citoyenneté par naissance.

Enfin, nous proposons d'inclure un indicateur permettant de cibler parmi les immigrants ceux qui sont susceptibles d'être les plus vulnérables à cause de leur méconnaissance du système de santé et de services sociaux, soit les immigrants récents. L'indicateur donne la proportion d'immigrants récents.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 150



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion d'immigrants**

**Variable**

***Immigrant reçu :***
Personnes qui n'ont pas la citoyenneté canadienne par naissance, mais auxquelles les autorités canadiennes de l'immigration ont accordé le droit de vivre au Canada en permanence. Il s'agit des immigrants indépendants, des immigrants de la catégorie de la famille et de ceux qui ont obtenu le statut de réfugié, qu'ils aient reçu ou non leur citoyenneté canadienne.

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Population des immigrants reçus}}{\text{Population non institutionnelle}^{1}} \times 100$$

[1] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no. I9101B).
- Croisement avec le sexe : sans frais en 1991 (tableaux de Statistique Canada nos. I9102B et I9103B).
- Croisement avec le seuil de faible revenu : frais considérables.
- Croisement avec la période d'immigration : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no. I9102B).

**Exemple**

*En 1996, 26 % de la population de Montréal-Centre était immigrante.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 151



## INDICATEUR : Nombre et proportion d'immigrants

### Avantage

- Il s'agit de l'indicateur le plus utilisé dans les études pour dénombrer la population immigrante, ce qui lui confère une reconnaissance de sa fiabilité.

### Limites

- L'indicateur ne comprend pas les résidents non permanents parce qu'ils n'ont pas obtenu le droit de vivre en permanence au Canada. En 1996, sur le territoire de Montréal-Centre, on comptait 33 670 résidents non permanents, soit 2 % de la population.
- Il ne permet pas d'identifier les enfants nés au Canada dont les parents sont immigrants.
- Aux recensements de 1981 et de 1986, Statistique Canada utilisait la déclaration de la citoyenneté par naissance pour identifier les immigrants. Comme cette méthode était imprécise, une question sur le statut d'immigrant reçu a été ajoutée au questionnaire à partir du recensement de 1991. Il faut donc interpréter avec prudence les baisses peu importantes lorsque l'on compare des informations des recensements de 1981 ou de 1986 avec celles de 1991 et de 1996.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe et les immigrants récents).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 152



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de résidents non permanents**

**Variable**

***Résidents non permanents :***
Personnes qui n'ont pas la citoyenneté canadienne par naissance, mais qui sont titulaires d'un permis de séjour pour étudiants, d'un permis ministériel ou qui revendiquent le statut de réfugié. Il s'agit d'une variable dérivée des variables *immigrant reçu* et *citoyen canadien*.

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Population des résidents non permanents}}{\text{Population non institutionnelle}^{1}} \text{ X } 100$$

[1] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no I9101B).
- Croisement avec le sexe : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no I9104B).
- Croisement avec le seuil de faible revenu : frais considérables.

**Exemple**

*En 1996, 2 % de la population de Montréal-Centre n'est pas résidente permanente.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 153



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de résidents non permanents**

### Avantages

- Il permet de compléter l'évaluation de la population immigrante déterminée à partir de l'indicateur précédent qui est basé sur les immigrants reçus seulement.
- Il prend en considération les personnes qui bien que n'ayant pas le droit de résider au pays de façon permanente ont droit aux services gouvernementaux tels que les soins de santé, l'éducation et les programmes d'emploi. Ces personnes auront donc une influence sur la demande de services.

### Limites

- Il s'agit d'un indicateur qui n'est pas encore très utilisé dans les études portant sur les immigrants parce que l'information n'était pas disponible avant 1991.
- Considérant que l'estimation de la population des résidents non permanents est déduite des questions touchant les immigrants reçus et la citoyenneté canadienne, il est possible qu'elle soit sur ou sous-évaluée. Une question directe fournirait probablement une estimation différente et plus exacte.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les personnes sans domicile fixe).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 154



## INDICATEUR :
**Proportion d'immigrants récents**

### Variables

***Immigrant reçu :***
Personnes qui n'ont pas la citoyenneté canadienne par naissance, mais auxquelles les autorités canadiennes de l'immigration ont accordé le droit de vivre au Canada en permanence. Il s'agit des immigrants indépendants, des immigrants de la catégorie de la famille et de ceux qui ont obtenu le statut de réfugié, qu'ils aient reçu ou non leur citoyenneté canadienne.

***Période d'immigration récente*[1] :**
La période d'immigration est déterminée à partir de l'année où la personne est devenue immigrante reçue et non à partir de l'année de son arrivée au Canada.

[1] Trois ou cinq dernières années.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Immigrants reçus au cours des trois ou cinq dernières années}}{\text{Population des immigrants reçus}} \times 100$$

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : frais considérables.
- Croisement avec le sexe : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no I9104B).
- Croisement avec le seuil de faible revenu : frais considérables.

### Exemple

*En 1996, 25 % des immigrants de Montréal-Centre ont immigré au cours des cinq dernières années.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 155



## INDICATEUR :
**Proportion d'immigrants récents**

### Avantage

- Il s'agit d'un indicateur qui permet d'identifier les immigrants qui ont immigré au cours des trois ou cinq dernières années. Bien souvent, ils connaissent peu les rouages du système de santé et de bien-être et sont susceptibles d'être plus vulnérables que les autres immigrants.

### Limites

- La période d'immigration fait ici référence à l'année où la personne est devenue immigrante reçue pour la première fois plutôt que l'année où la personne est arrivée au Canada. Pour la majorité des immigrants, ces deux événements sont simultanés; par contre, pour d'autres, il s'agit de deux événements pouvant être éloignés.
- L'indicateur ne comprend pas les résidents non permanents parce qu'ils n'ont pas obtenu le droit de vivre en permanence au Canada. En 1996, sur le territoire de Montréal-Centre, on comptait 33 670 résidents non permanents, soit 2 % de la population.
- Il ne permet pas d'identifier les enfants nés au Canada dont les parents sont immigrants.
- Aux recensements de 1981 et de 1986, Statistique Canada utilisait la déclaration de la citoyenneté par naissance pour identifier les immigrants. Comme cette méthode était imprécise, une question sur le statut d'immigrant reçu a été ajoutée au questionnaire à partir du recensement de 1991. Il faut donc interpréter avec prudence les baisses peu importantes lorsque l'on compare des informations des recensements de 1981 ou de 1986 avec celles de 1991 et de 1996.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe et les immigrants récents).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des unités géographiques qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 156

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 157

### *Groupe ethnique*

*Ensemble des personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

#### *Quel indicateur choisir?*

Le groupe ethnique d'une personne est un concept complexe qui est difficile à bien évaluer lorsqu'il n'est pas possible de poser tout un ensemble de questions à la personne concernée.

Les indicateurs que nous proposons sont donc ceux qui offrent les meilleures estimations possibles que l'on puisse obtenir à partir des renseignements recueillis au cours du recensement canadien et qui portent sur les origines ancestrales. Toutefois, il faut se rappeler que des informations supplémentaires, telles qu'une question demandant l'appartenance ethnique actuelle, pourraient fournir une estimation très différente.

Nous proposons ici trois indicateurs issus de l'information touchant les origines ancestrales des recensés : 1) le nombre et la proportion de la population selon l'origine ethnique unique; 2) le nombre et la proportion de la population selon l'origine ethnique hiérarchisée; 3) le nombre et la proportion de la population d'origine ethnique autre que française ou britannique.

Le premier indicateur, le plus connu, permet d'estimer le groupe ethnique des personnes qui ont déclaré une seule origine ancestrale. Il sera utilisé lorsque le planificateur recherche une estimation très approximative ou qu'il désire comparer ses informations avec celles d'études qui utilisent le même indicateur. Toutefois, il est à déconseiller lorsque le planificateur recherche une estimation assez précise car les personnes qui auront déclaré plusieurs origines ethniques ancestrales (ex. : Français et Marocain) ne seront pas comprises. À titre d'exemple, mentionnons que dans certains territoires de CLSC de Montréal-Centre plus de 50 % de la population déclare plus d'une origine ethnique.

Le second indicateur, basé sur l'origine ethnique hiérarchisée, permet d'estimer le groupe ethnique pour l'ensemble de la population peu importe que la personne ait déclaré une ou plusieurs origines ethniques. Bien que peu connu, cet indicateur devrait être choisi par le planificateur lorsqu'il a besoin d'une estimation précise ou qu'il recherche une estimation pour des territoires de CLSC où le pourcentage de personnes qui ont déclaré plusieurs origines ethniques est important.

Le troisième est un indicateur sommaire qui permet d'évaluer l'importance de la population dont les origines ne sont pas celles des groupes majoritaires. C'est avant tout son utilisation fréquente dans le milieu des services sociaux et de la santé qui justifie qu'il soit retenu au sein de cet ouvrage.

Par ailleurs, un quatrième indicateur, basé sur la langue maternelle, est proposé parce que Statistique Canada publie quelquefois les informations touchant la langue maternelle plusieurs années avant celles touchant l'origine ethnique (ce n'est pas le cas en 1996). Il s'agit d'un indicateur bien moins intéressant que les précédents mais qui peut aussi avoir un certain intérêt pour ceux qui veulent faire des comparaisons avec des études dans lesquelles on a utilisé cet indicateur.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 158



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population selon l'origine ethnique unique**

**Variable**

***Origine ethnique :***
Groupe ethnique auquel appartenaient les ancêtres du recensé.

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Population d'une origine ethnique donnée (réponses uniques)}^{1}}{\text{Population non institutionnelle}^{2} \text{ ayant déclaré une origine ethnique (réponses uniques)}} \times 100$$

[1] Bien que la majorité des personnes déclarent que leurs ancêtres sont d'une seule origine ethnique, de plus en plus de personnes déclarent plusieurs origines ethniques (ex. : Français et Marocain). Statistique Canada a publié les informations détaillées concernant les réponses multiples, mais elles sont difficiles à interpréter car les personnes sont comptées autant de fois qu'elles ont déclaré d'origine ethnique. Par exemple, une personne ayant répondu qu'elle était Française et Marocaine serait comptée dans les deux groupes ethniques. Les chiffres que nous présentons ne comprennent donc que les personnes ayant déclaré une seule origine ethnique.

[2] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no J9101B).
- Croisement avec le sexe : frais considérables.
- Croisement avec le seuil de faible revenu : frais considérables.

**Exemple**

*En 1996, 1 % de la population de Montréal-Centre est d'origine ethnique unique vietnamienne.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 159



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population selon l'origine ethnique unique**

### Avantage

- Il est facilement disponible, car Statistique Canada publie plusieurs tableaux avec la variable origine ethnique unique.

### Limites

- L'appartenance ethnique des ancêtres du côté paternel ou maternel du répondant, ne correspond pas nécessairement à son sentiment actuel d'appartenance.
- Il s'agit de la compréhension qu'en a l'individu car : « *La mesure de l'origine ethnique peut être faussée par des facteurs tels que le manque de connaissance des antécédents ethniques de la famille, le changement d'ethnie d'une génération à l'autre et le temps écoulé depuis l'arrivée de l'ancêtre immigrant. Le répondant peut aussi confondre l'ascendance ethnique avec les concepts de nationalité, de citoyenneté et d'identité ethnique.* » [White et coll., 1993 :274]
- Les personnes qui ont déclaré plusieurs origines ethniques sont exclues. En 1996, à Montréal-Centre, 368 240 individus avaient déclaré plusieurs origines ethniques (21 % de la population). Lorsque l'on ne considère pas ces personnes, cela entraîne une sous-estimation du nombre d'individus d'au moins 10 % pour la plupart des groupes ethniques. Ainsi, dans le territoire du CLSC Pierrefonds, en 1996, un peu plus de 5 000 individus ont déclaré comme seule origine « Italien », mais environ 4 000 autres personnes ont déclaré être d'origine italienne ainsi que d'une autre origine. Par contre, l'estimation de la proportion d'individus appartenant à un groupe ethnique est beaucoup moins affectée par l'utilisation de l'origine ethnique unique; la sous-estimation étant de moins de 1 % pour la majorité des groupes ethniques. Font exception quelques groupes ethniques (Juif, Allemand, Italien, Écossais et Irlandais).
- L'indicateur sous-estime le nombre et la proportion d'individus composant certains groupes ethniques, tels que les Jamaïquains, les Latino-Américains et les Haïtiens, car plusieurs membres ont tendance à déclarer comme origine ethnique ancestrale, l'origine des peuples colonisateurs. Par exemple, aux recensements de 1986 et de 1991, plusieurs Haïtiens ont déclaré que leurs ancêtres étaient d'origine française plutôt que haïtienne.
- Jusqu'au recensement de 1996, la question portant sur l'origine ethnique a subi des modifications qui affectent considérablement sa comparaison temporelle. Il est donc préférable d'éviter les comparaisons d'un recensement à l'autre. La modification la plus importante est l'acceptation de plus d'une réponse comme origine ethnique ancestrale à partir du recensement de 1986 et l'élimination des catégories de réponses à cocher au recensement de 1996 (en particulier de la réponse à cocher « noire »).
- Les résidents non permanents n'ont pu répondre au questionnaire du recensement qu'à partir de 1991, auparavant ils n'étaient pas inclus dans la population recensée. Une part assez importante de la hausse du nombre de personnes de certains groupes ethniques est attribuable à cette inclusion.
- Les regroupements d'origines ethniques publiés ainsi que leur nomenclature peuvent varier d'un recensement à l'autre. Lorsque le nombre de personnes d'origine ethnique est trop petit, Statistique Canada effectue un regroupement afin de respecter la confidentialité de l'information. Toutefois, à la suite d'une augmentation de l'immigration de certains de ces groupes, Statistique Canada peut le distinguer lors d'un recensement subséquent (ex. : en 1986, les Salvadoriens étaient inclus dans le regroupement « autres origines d'Amérique latine, centrale et du Sud » et, à partir de 1991, Statistique Canada propose une catégorie distincte).
- Le climat social et politique au moment du recensement a une influence sur les réponses concernant l'origine ethnique.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe et les immigrants récents).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 160



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population selon l'origine ethnique hiérarchisée**

**Variable**

***Origine ethnique hiérarchisée[1] :***
Regroupement des catégories « réponses uniques » et « réponses multiples » de la variable origine ethnique, croisées avec la variable lieu de naissance.

[1] Les réponses uniques sont utilisées telles quelles tandis que les réponses multiples sont réparties selon une méthode permettant de ne compter qu'une seule fois l'individu tout en favorisant l'évaluation des groupes minoritaires. Pour les origines ethniques haïtiennes, jamaïquaines et latino-américaines, qui ont tendance à se déclarer selon l'origine des peuples colonisateurs (Français, Anglais, Espagnols et Portugais), l'attribution se fait en considérant également le lieu de naissance. Pour plus de renseignements sur la méthode utilisée, vous pouvez consulter l'annexe 2

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Population d'une origine ethnique hiérarchisée (réponses uniques et multiples)}^{2}}{\text{Population non institutionnelle}^{3} \text{ ayant déclaré une origine ethnique (réponses uniques et multiples)}} \times 100$$

[2] Bien que la majorité des personnes déclarent que leurs ancêtres soient d'une seule origine ethnique, de plus en plus de personnes déclarent plusieurs origines ethniques (ex. : Français et Marocain). Statistique Canada publie les informations en les regroupant en deux catégories : les réponses uniques et les réponses multiples.

[3] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : frais considérables.
- Croisement avec l'âge : frais considérables.
- Croisement avec le sexe : frais considérables.
- Croisement avec le seuil de faible revenu : frais considérables.

**Exemple**

*En 1991, dernière année où l'information est disponible, 9 % de la population de Montréal-Centre serait d'origine ethnique hiérarchisée italienne. Cela représente 155 640 individus plutôt que 137 675 lorsque l'on ne considère qu'une seule réponse.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 161



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population selon l'origine ethnique hiérarchisée**

### Avantages

- Il prend en considération les personnes qui ont déclaré plusieurs origines tout en les comptant qu'une seule fois. Cela permet d'établir une meilleure estimation pour les groupes ethniques dont les membres ont tendance à déclarer plusieurs origines (Italiens, Juifs, Noirs, Polonais, etc.).
- En tenant compte du lieu de naissance des individus, l'indicateur permet de mieux dénombrer les groupes ethniques dont les membres ont tendance à déclarer l'origine du groupe dominant ou du peuple colonisateur comme origine ancestrale. Par exemple, à Montréal-Centre, en 1986, plus de 15 000 Haïtiens nés en Haïti se sont déclarés d'origine ethnique unique française plutôt que haïtienne.
- Cet indicateur n'affecte en rien le classement des individus qui déclarent une seule origine ethnique à l'exception des origines française, anglaise, espagnole et portugaise.

### Limites

- L'appartenance ethnique des ancêtres du côté paternel ou maternel du répondant ne correspond pas nécessairement à son sentiment actuel d'appartenance.
- Il s'agit de la compréhension qu'en a l'individu car : « *La mesure de l'origine ethnique peut être faussée par des facteurs tels que le manque de connaissance des antécédents ethniques de la famille, le changement d'ethnie d'une génération à l'autre et le temps écoulé depuis l'arrivée de l'ancêtre immigrant. Le répondant peut aussi confondre l'ascendance ethnique avec les concepts de nationalité, de citoyenneté et d'identité ethnique.* » [White et coll., 1993 : 274]
- L'attribution d'une personne dans un groupe ethnique donné est tributaire de la méthode de hiérarchisation développée. Le classement utilisé pour les données du recensement de 1991 et de 1996 privilégie la déclaration des groupes minoritaires.
- Jusqu'au recensement de 1996, la question portant sur l'origine ethnique a subi des modifications qui affectent considérablement sa comparaison temporelle. Il est donc préférable d'éviter les comparaisons d'un recensement à l'autre. La modification la plus importante est l'élimination des catégories de réponses à cocher au recensement de 1996 (en particulier de la réponse à cocher « noire »).
- Les résidents non permanents n'ont pu répondre au questionnaire du recensement qu'à partir de 1991, auparavant ils n'étaient pas inclus dans la population recensée. Une part assez importante de la hausse du nombre de personnes de certains groupes ethniques est attribuable à cette inclusion.
- Les regroupements d'origines ethniques publiés ainsi que leur nomenclature peuvent varier d'un recensement à l'autre. Lorsque le nombre de personnes d'origine ethnique est trop petit, Statistique Canada effectue un regroupement afin de respecter la confidentialité de l'information. Toutefois, à la suite d'une augmentation de l'immigration de certains de ces groupes, Statistique Canada peut le distinguer lors d'un recensement subséquent (ex. : en 1986, les Salvadoriens étaient inclus dans le regroupement « autres origines d'Amérique latine, centrale et du Sud » et, à partir de 1991, Statistique Canada propose une catégorie distincte).
- Le climat social et politique au moment du recensement a une influence sur les réponses concernant l'origine ethnique.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe et les immigrants récents).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 162



## INDICATEUR :

**Nombre et proportion de la population d'origine ethnique autre que française ou britannique[1]**

[1] Il s'agit des catégories d'origine ethnique suivantes : Canadien, Français, Québécois, Anglais, Écossais, Irlandais, Français non inclus ailleurs et Britannique non inclus ailleurs.

### Variable

***Origine ethnique :***
Groupe ethnique auquel appartenaient les ancêtres du recensé.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Population d'une origine ethnique autre que française ou britannique (réponses uniques) [2]}}{\text{Population non institutionnelle [3] ayant déclaré une origine ethnique (réponses uniques)}} \times 100$$

[2] Bien que la majorité des personnes déclarent que leurs ancêtres soient d'une seule origine ethnique, de plus en plus de personnes déclarent plusieurs origines ethniques (ex. : Français et Marocain). Statistique Canada a publié les informations détaillées concernant les réponses multiples, mais elles sont difficiles à interpréter car les personnes sont comptées autant de fois qu'elles ont déclaré d'origine ethnique. Par exemple, une personne ayant répondu qu'elle était Française et Marocaine serait comptée dans les deux groupes ethniques. Les chiffres que nous présentons ne comprennent donc que les personnes ayant déclaré une seule origine ethnique.

[3] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no J9101B).
- Croisement avec le sexe : frais considérables.

### Exemple

*En 1996, 55 % de la population de Montréal-Centre qui ne déclare qu'une seule origine serait d'origine ethnique autre que française ou britannique.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 163



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population d'origine ethnique autre que française ou britannique[1]**

[1] Il s'agit des catégories d'origine ethnique suivantes : Canadien, Français, Québécois, Anglais, Écossais, Irlandais, Français non inclus ailleurs et Britannique non inclus ailleurs.

### Avantages

- Il est facilement disponible, car Statistique Canada publie plusieurs tableaux avec la variable origine ethnique unique autre que française ou britannique.
- Il s'agit d'un indicateur très utilisé qui donne une idée globale; il permet d'évaluer l'ampleur de la proportion des personnes dont l'origine n'est pas celle des groupes majoritaires.

### Limites

- Il s'agit de la compréhension qu'en a l'individu car : « *La mesure de l'origine ethnique peut être faussée par des facteurs tels que le manque de connaissance des antécédents ethniques de la famille, le changement d'ethnie d'une génération à l'autre et le temps écoulé depuis l'arrivée de l'ancêtre immigrant. Le répondant peut aussi confondre l'ascendance ethnique avec les concepts de nationalité, de citoyenneté et d'identité ethnique.* » [White et coll., 1993 :274]
- Les personnes qui ont déclaré plusieurs origines ethniques sont exclues. En 1996, à Montréal-Centre, 368 240 individus ont déclaré plusieurs origines ethniques (21 % de la population).
- L'indicateur sous-estime légèrement le nombre et la proportion de personnes qui ne sont pas d'origine française ou britannique. Lors des recensements de 1991 et de 1986, plusieurs Haïtiens ont déclaré que leurs ancêtres étaient d'origine française et plusieurs Jamaïquains ont déclaré que leurs ancêtres étaient d'origine britannique. Lorsque l'on corrige les estimations en prenant en considération le lieu de naissance, le pourcentage de personnes d'origine ethnique autre que française ou britannique augmente de 3 %.
- Jusqu'au recensement de 1996, la question portant sur l'origine ethnique a subi des modifications qui affectent considérablement sa comparaison temporelle. Il est donc préférable d'éviter les comparaisons d'un recensement à l'autre. La modification la plus importante est l'acceptation de plus d'une réponse comme origine ethnique ancestrale à partir du recensement de 1986 et l'élimination des catégories de réponses à cocher au recensement de 1996.
- Les résidents non permanents n'ont pu répondre au questionnaire du recensement qu'à partir de 1991, auparavant ils n'étaient pas inclus dans la population recensée. Une part assez importante de la hausse du nombre de personnes de certains groupes ethniques est attribuable à cette inclusion.
- Le climat social et politique au moment du recensement a une influence sur les réponses concernant l'origine ethnique.

### Mises en garde

- Lorsque l'on calcule le nombre d'individus d'une origine ethnique autre que française ou britannique pour un territoire de CLSC, il est important d'analyser les résultats à la lumière du nombre de personnes ayant déclaré plus d'une origine ethnique afin d'en évaluer l'imprécision. Ainsi, dans le CLSC Lac Saint-Louis, en 1996, 44 % de la population a déclaré plusieurs origines ethniques.
- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe et les immigrants récents).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 164



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population selon la langue maternelle**

**Variable**

***Langue maternelle :***
Première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement.

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Population d'une langue maternelle donnée (réponses uniques)}^{1}}{\text{Population totale ayant déclaré une langue maternelle (réponses uniques)}} \times 100$$

[1] Bien que la majorité des personnes n'aient qu'une seule langue maternelle, certaines en ont appris plusieurs simultanément dans leur enfance (ex. : français et arabe). Statistique Canada n'a pas publié les informations détaillées concernant les réponses multiples. Les chiffres que nous présentons ne comprennent donc que les personnes ayant déclaré une seule langue maternelle.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no L9101A).
- Croisement avec le sexe : sans frais en 1991 (tableaux de Statistique Canada nos L9103B et L9106B).

**Exemple**

*En 1996, 6 % de la population de Montréal-Centre a comme langue maternelle l'italien.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 165



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de personnes selon la langue maternelle**

### Avantages

- Jusqu'en 1991, les renseignements touchant la langue maternelle ont été diffusés plusieurs années avant celles touchant l'origine ethnique. L'indicateur calculé à partir de la langue maternelle permettait d'obtenir une estimation approximative rapidement.
- Il permet de faire des comparaisons avec des études dans lesquelles cet indicateur est utilisé.

### Limites

- Le groupe ethnique que l'on attribue à partir de la langue maternelle est une déduction plutôt qu'une déclaration. Par exemple, pour un individu qui a appris l'italien à la maison dans l'enfance, nous déduirons qu'il est d'origine italienne. Toutefois, il est possible que cette personne s'identifie plus comme un Québécois s'il est né au Québec et qu'un de ses parents est québécois.
- L'indicateur ne permet pas d'identifier le groupe ethnique des personnes dont les parents n'ont pas transmis leur langue maternelle, ce qui peut entraîner des sous-estimations plus ou moins importantes. Par exemple : à Montréal-Centre, on observe, en 1996, qu'environ 107 010 personnes (6 %) ont déclaré l'italien comme langue maternelle unique alors que plus de 165 000 (9 %) ont déclaré « Italien » comme origine ethnique.
- Certains groupes ethniques (ex. : Libanais, Chiliens, Brésiliens, etc.) sont difficilement identifiables à partir de leur langue maternelle car elles sont parlées dans plus d'un pays. Par exemple : le français est parlé en France, en Belgique, au Liban, etc.; l'arabe en Égypte, au Liban, etc.; l'anglais en Angleterre, en Inde, etc.; l'espagnol en Espagne, au Chili, etc.; le portugais au Portugal, au Brésil, etc.
- Les regroupements de langues maternelles publiés ainsi que leur nomenclature peuvent varier d'un recensement à l'autre. Lorsque le nombre de personnes d'une langue maternelle est trop petit, Statistique Canada effectue un regroupement afin de respecter la confidentialité de l'information. Toutefois, à la suite d'une augmentation de l'immigration de certains de ces groupes ethniques, Statistique Canada peut la distinguer lors d'un recensement subséquent. Par exemple, la catégorie « langue maternelle chinoise » au recensement de 1986 correspond à deux catégories au recensement de 1991 : « langue maternelle chinoise » et « langue maternelle sino-tibétaine ». Il faut donc être prudent lorsque l'on fait des comparaisons temporelles.
- Il arrive que le recensé ne réponde pas ou qu'il fournisse une mauvaise réponse à la question sur la langue maternelle au recensement. Dans ces cas, Statistique Canada attribue une réponse probable à partir de l'information fournie par un autre membre de la famille ou par une méthode probabiliste. Cette situation est plus fréquente (de 4 % à 10 %) pour les langues autres que le français ou l'anglais.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe, les immigrants récents, les personnes de langue maternelle autre que le français ou l'anglais et plus particulièrement celles de langue maternelle chinoise).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 166

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 167

### *Communauté noire*

*Ensemble de personnes généralement identifiées à la communauté noire.*

#### *Quel indicateur choisir?*

L'identification de la communauté noire, à partir des renseignements recueillis au recensement, a été tout au cours de l'histoire un processus complexe et périlleux. En effet, bien que d'apparence facile, il fallait jusqu'au recensement de 1996 combiner plusieurs variables pour obtenir une estimation de la population « noire ». L' estimation dépendait donc de la compréhension des répondants pour chaque question utilisée. Ainsi, bien qu'un Haïtien né au Québec considérait faire partie de la communauté noire, il est possible qu'il ait déclaré être d'origine ethnique ancestrale française et de langue maternelle française, ce qui l'aurait classé dans la population ne faisant pas partie de la communauté noire.

Afin d'éviter cette situation et de faciliter l'identification de la population « noire » ainsi que les autres concernées dans la Loi sur l'équité en matière d'emploi, Statistique Canada a introduit une nouvelle question dédiée à la déclaration des minorités visibles au recensement de 1996. Désormais, c'est le répondant qui décide de s'identifier comme membre de la communauté noire plutôt qu'une déduction des chercheurs. La fiabilité de l'estimation dépend donc surtout du désir de la personne de s'identifier comme noire ou non.

Puisque Statistique Canada publie depuis 1981 une estimation de la minorité « noire » déterminée par une équipe de spécialistes, nous proposons d'utiliser cet indicateur afin d'éviter les pièges et l'arbitraire. L'indicateur retenu est par conséquent le nombre et la proportion de la population qui fait partie de la communauté noire.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 168



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population qui fait partie de la communauté noire**

### Variables

***Minorité visible noire (avant 1996) :***
Il s'agit d'une variable obtenue en croisant l'origine ethnique, la langue maternelle, le lieu de naissance et la religion (lorsqu'elle est recueillie).

***Minorité visible noire (depuis 1996) :***
Il s'agit d'une variable obtenue à partir d'une question spécifique visant l'identification des minorités visibles.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Population qui fait partie du groupe de population « noir »}}{\text{Population non institutionnelle}^{1}} \times 100$$

[1] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : avec peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : frais considérables.
- Croisement avec le sexe : frais considérables.

### Exemple

*En 1996, 6 % de la population de Montréal-Centre fait partie de la communauté noire.*

***COMMUNAUTÉ NOIRE :*** *Ensemble de personnes généralement identifiées à la communauté noire.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 169



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population qui fait partie de la communauté noire**

### Avantages

- Il est déterminé par une équipe de spécialistes de Statistique Canada et bien documenté.
- Il s'agit du meilleur estimé que l'on peut obtenir du recensement pour dénombrer la communauté noire. En effet, cet indicateur est beaucoup plus complet que la proportion de personnes se déclarant d'origine ethnique noire. En 1996, à Montréal-Centre, on dénombrait un peu plus de 72 000 personnes ayant déclaré être d'origine noire alors qu'un peu plus de 99 000 personnes ont déclaré appartenir au groupe de population noire.
- Il prend en considération les enfants nés au Canada de parents immigrants.

### Limites

- Avant 1996, l'identification des personnes appartenant au groupe de population « noir » se faisait à partir des réponses aux questions sur l'origine ethnique, la langue maternelle, le lieu de naissance et la religion. L'identification dépendait donc beaucoup de la compréhension des répondants et de leur façon de répondre à ces questions. Ainsi, une personne née au Canada qui, en raison de son apparence (couleur noire de la peau), pourrait être identifiée comme faisant partie de la communauté noire, n'aurait pas été comptée comme telle si elle s'était déclarée d'origine ethnique française et avait donné le français comme langue maternelle. Les Haïtiens de deuxième génération peuvent avoir été dans cette situation.
- Depuis 1996, l'identification des personnes appartenant au groupe de population « noir » est obtenue à partir d'une seule question dans laquelle on offrait le choix de réponse « Noir (ex. : Africain, Haïtien, Jamaïquain, Somalien) ». L'identification dépend surtout de la volonté du répondant à mentionner qu'il fait partie de la communauté noire et de sa perception touchant sa couleur de peau (dans le cas des métis).
- Avant 1996, la liste des groupes ethniques inclus dans le groupe de population noire a été modifiée entre les recensements de 1981 et de 1986. L'origine ethnique cubaine était comprise dans la liste en 1981 alors qu'à partir de 1986 les personnes s'étant déclarées d'origine cubaine sont incluses dans le groupe de population latino-américain plutôt que dans le groupe de population noire.
- Les données recueillies en 1996 ne sont pas tout à fait comparables à celles des recensements précédents parce qu'on demande au recensé d'identifier lui-même son appartenance à la communauté noire plutôt que de la déduire de ses réponses à plusieurs questions.
- Les données recueillies sur la communauté noire avant 1996 sont aussi difficilement comparables d'un recensement à l'autre, car Statistique Canada a apporté de fréquentes modifications à la question de l'origine ethnique. Mentionnons, entre autres, l'introduction de la case « Noir » au recensement de 1986, qui a produit une forte augmentation du nombre de personnes ayant répondu « Noir » comme origine ethnique. De même, l'inclusion des résidents non permanents au recensement de 1991 a produit un accroissement de 18 % du nombre de personnes incluses dans le groupe de population noire.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe et les immigrants récents).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 170

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 171

### *Appartenance religieuse*

*Ensemble de personnes partageant une même croyance.*

#### *Quel indicateur choisir?*

À partir des renseignements recueillis au cours de certains recensements canadiens, il est possible de calculer un indicateur pour estimer l'appartenance religieuse, soit la proportion de la population selon la religion.

L'indicateur proposé permet d'identifier certaines sous-populations qui, en raison de leur habitudes de vie ou croyances, peuvent exiger des approches en prévention et en promotion, des soins de santé ou des traitements distincts de la population générale.

Il faut toutefois être prudent car l'indicateur ne mesure pas le degré d'adhésion à la religion déclarée par les répondants et englobe ainsi des réalités souvent bien différentes (par exemple, une personne de religion juive non pratiquante n'aura pas les mêmes exigences alimentaires qu'une personne pratiquante).

De plus, l'indicateur peut camoufler des nuances importantes entre sous-groupes d'un même groupe religieux. Mentionnons à titre d'exemple, les Ashkénazes, les Sépharades, les Juifs éthiopiens, les Israéliens qui, bien que tous de religion juive, pourraient ne pas avoir les mêmes exigences par rapport aux soins de santé.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 172



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population selon la religion**

### Variable

**Religion :**
Confession religieuse ou appartenance à un groupe ayant adopté une religion, que la personne soit pratiquante ou non. Lorsqu'un individu s'est converti à une autre confession, il s'agit de la confession religieuse actuelle.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Population d'une religion donnée}}{\text{Population non institutionnelle}^{1}} \times 100$$

[1] La population vivant en institution (foyers pour personnes âgées, prisons, foyers pour jeunes contrevenants, etc.) est exclue. Les renseignements recueillis pour les pensionnaires d'institution sont limités à l'âge, au sexe, à l'état matrimonial et à la langue maternelle.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Sans croisement : peu de frais en 1991 et en 1996.
- Croisement avec l'âge : sans frais en 1991 (tableau de Statistique Canada no R9101B).
- Croisement avec le sexe : frais considérables.

### Exemple

*En 1991, 5 % de la population de Montréal-Centre est de religion juive.*

***APPARTENANCE RELIGIEUSE :*** *Ensemble de personnes partageant une même croyance.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 173



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de la population selon la religion**

### Avantage

- Il permet d'identifier une population qui nécessiterait une planification différente des soins de santé ou des activités en prévention et en promotion en raison de son appartenance religieuse (ex. : les personnes hospitalisées qui sont de religion juive et qui requièrent des repas cachers).

### Limites

- L'indicateur ne mesure pas le degré d'adhésion à la religion déclarée par les répondants et englobe ainsi des réalités souvent bien différentes. D'une part, il s'agit de la confession religieuse peu importe que l'individu soit pratiquant ou non. D'autre part, au sein des personnes qui sont pratiquantes, certains sous-groupes sont plus conformistes que d'autres (ex. : Chiites de l'Iman).
- La simplicité apparente des termes utilisés par Statistique Canada pour identifier les différentes appartenances religieuses camouflent d'énormes variations dans la pratique religieuse. Ainsi, lors du recensement de 1991, la religion « juive » est disponible, mais ne permet pas de distinguer les Ashkénazes, ceux provenant d'Israël et ceux nés au Canada (immigrants originaires d'Europe du Nord et orientale), les Sépharades (immigrants originaires de la péninsule ibérique), les Juifs éthiopiens, ceux provenant d'Israël et ceux nés au Canada. Avec les informations recueillies lors du recensement, il serait toutefois possible de nuancer l'appartenance religieuse en considérant la provenance des personnes.
- Les informations touchant la religion provenant des recensements de 1981 et de 1991 ne sont pas toujours comparables. Premièrement, des modifications importantes ont été apportées dans le mode de collecte de la réponse : au recensement de 1991, le recensé devait écrire sa religion plutôt que de cocher un des quatorze choix comme en 1981. Deuxièmement, l'inclusion des résidents non permanents au recensement de 1991 peu avoir produit un accroissement important du nombre de personnes pour une religion donnée.
- Cette variable, recueillie tous les dix ans, n'est pas disponible au recensement de 1996.

### Mises en garde

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des territoires de CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe, car malgré toutes les précautions prises, certaines personnes ne sont pas rejointes lors des recensements (spécialement les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sans domicile fixe et les immigrants récents).
- Puisque l'indicateur est établi à partir d'un échantillon de 20 % de la population montréalaise, lorsque l'on considère des territoires de CLSC qui ont un petit effectif de population, il est préférable de calculer des coefficients de variation pour savoir si l'information est fiable (voir l'annexe 1 pour plus d'information).

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 174

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 175

# Fiches synthèses :

## *Fichier des naissances*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 176

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 177

## *Allophone*

*Les allophones sont ceux qui ne peuvent parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à leur santé ou bien-être.*

### *Quel indicateur choisir ?*

Le fichier des naissances est utilisé depuis plusieurs années dans le cadre de la planification des services et des activités périnatals à mettre en place au Québec. Jusqu'à tout récemment, on l'utilisait dans la perspective des soins maternels et infantiles, ce qui explique que l'on ait exploité les informations relatives au nourrisson et à la mère, mais peu celles reliées au père. Depuis quelques années, un effort particulier est fait pour intégrer les pères dans les activités périnatales. Lorsque cela est possible, on souhaite donc s'adresser non seulement à la mère du nourrisson, mais à ses deux parents. Cette nouvelle orientation a largement guidé le choix des indicateurs que nous proposons. Ainsi, lorsque cela était possible, nous avons retenu des indicateurs construits à partir des informations provenant tant de la mère que du père.

L'importance des familles allophones vivant dans un territoire de CLSC étant une information utile pour planifier les services ainsi que la composition des équipes de travail en périnatalité, nous avons cherché à circonscrire ce phénomène à l'aide des informations recueillies dans le fichier des naissances. Bien qu'il soit possible de calculer divers indicateurs pour estimer la proportion de parents allophones, aucun ne parvient à circonscrire complètement le concept allophone décrit plus haut. De plus, l'indicateur à retenir peut différer selon la situation ou le genre d'information recherchée par le planificateur.

Nous proposons ici deux indicateurs : 1) le nombre et la proportion de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais; 2) le nombre et la proportion de nouveau-nés dont la langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais.

Dans certaines situations, le premier indicateur sera plus adéquat. Par exemple : si on cherche à évaluer le nombre maximum de parents (autant les mères que les pères) qui pourraient avoir de la difficulté à exprimer en français ou en anglais leurs besoins ou à discuter des difficultés qu'ils vivent, lors de visites postnatales. En effet, la langue maternelle est plus garante d'une bonne compréhension et d'une facilité d'expression que la langue d'usage.

Dans d'autres situations, le second indicateur sera préférable. Par exemple : si on recherche une évaluation du nombre de familles qui ne pourraient pas comprendre des informations touchant les bienfaits de l'allaitement publiées uniquement en français ou en anglais. Dans ce cas, puisqu'une maîtrise complète de la langue n'est pas nécessaire, la langue d'usage permet d'évaluer plus adéquatement le nombre de parents qui risquent de ne pas pouvoir bénéficier de l'information.

Bien qu'il serait préférable de pouvoir considérer la langue d'usage du père si elle était colligée, théoriquement, seules les familles dont le père parle le français ou l'anglais à la maison alors que la mère parle une langue différente aux enfants pourraient être omises (ex. : la mère parle le vietnamien avec ses enfants, alors que le père leur parle en français). Toutefois, dans la pratique, il est possible qu'elles soient incluses car le formulaire de déclaration de naissance est généralement administré par l'infirmière qui bien souvent déclare comme langue d'usage de la mère à la maison celle qu'elle utilise avec le père ou la mère lors de l'accouchement sans la leur demander.

Quel que soit l'indicateur retenu, le lecteur doit garder en tête que ni l'un ni l'autre ne permet d'évaluer avec précision la capacité d'expression, de communication ou de lecture de la population.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 178



## INDICATEUR :

**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais**

### Variables

***Langue maternelle de la mère :***
Première langue apprise dans l'enfance et encore comprise.

***Langue maternelle du père :***
Première langue apprise dans l'enfance et encore comprise.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais}^{1}}{\text{Naissances vivantes}^{2}} \times 100$$

[1] Il s'agit ici des langues maternelles autres que français, anglais, anglais et français (à compter de 1978), français et autres (à compter de 1997), anglais et autres (à compter de 1997).

[2] Le plus souvent, les indicateurs issus du fichier des naissances sont calculés avec l'ensemble des naissances vivantes au dénominateur. Toutefois, le nombre de réponses manquantes étant plus élevé pour les variables d'ordre culturel, il est préférable de soustraire du dénominateur les naissances ayant des réponses manquantes afin de ne pas sous-estimer la proportion.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 40 % des nouveau-nés de Montréal-Centre ont au moins un parent dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais.*

***ALLOPHONE :*** *Les allophones sont ceux qui ne peuvent parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à leur santé ou bien-être.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 179



## INDICATEUR :

**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais**

### Avantages

- Il prend en considération les nouveau-nés dont les parents ont déclaré le français ou l'anglais comme langue d'usage de la mère à la maison mais qui ne les maîtrisent pas vraiment.
- La langue maternelle est une variable recueillie dans plusieurs enquêtes ou fichiers administratifs au Québec. Il est donc possible d'analyser parallèlement les informations. À titre d'exemple, il peut être intéressant de comparer la proportion de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais à celle de la population dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais pour un territoire de CLSC.
- L'oubli de la langue maternelle est un phénomène plutôt rare, ce qui en fait une variable fiable.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'indicateur calculé à partir de cette variable surestime légèrement la proportion de familles qui ne peuvent pas avoir accès aux services offerts en langue française ou anglaise. En effet, il est possible, même si les parents du nouveau-né n'ont pas appris le français ou l'anglais dans leur enfance, qu'ils les parlent au travail ou dans leurs contacts sociaux.
- À Montréal-Centre, environ 2 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant la langue maternelle du père ou de la mère. Ne pouvant présumer que la langue maternelle de ces parents se répartit comme celle des autres, nous avons exclu ces naissances du dénominateur afin de ne pas sous-estimer la proportion de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais.

### Mises en garde

- Bien que l'indicateur puisse être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, il faudra être prudent dans l'interprétation des résultats des CLSC où un pourcentage important de mères accouchent au centre hospitalier St. Mary. En effet, comme ce centre hospitalier cumule à lui seul 52 % des formulaires de la région de Montréal-Centre où la langue maternelle n'est pas mentionnée, le pourcentage d'inconnus pour ces CLSC peut atteindre 5 % et plus, selon les années. Lorsque l'on veut calculer le nombre de nouveau-nés pour ces territoires de CLSC, il est recommandé de répartir les inconnus au prorata des cas connus.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 180



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais**

**Variable**

***Langue d'usage à la maison de la mère :***
Langue la plus couramment utilisée à la maison.

**Méthode de calcul**

$$\frac{\text{Naissances vivantes dont la langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais}^{1}}{\text{Naissances vivantes}^{2}} \times 100$$

[1] Il s'agit ici des langues d'usage autres que français, anglais, anglais et français (à compter de 1978), français et autres (à compter de 1997), anglais et autres (à compter de 1997).

[2] Le plus souvent, les indicateurs issus du fichier des naissances sont calculés avec l'ensemble des naissances vivantes au dénominateur. Toutefois, le nombre de réponses manquantes étant plus élevé pour les variables d'ordre culturel, il est préférable de soustraire du dénominateur les naissances ayant des réponses manquantes afin de ne pas sous-estimer la proportion.

**Frais d'acquisition**

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

**Exemple**

*En 1995, 23 % des nouveau-nés de Montréal-Centre ont une mère dont la langue d'usage n'est ni le français ni l'anglais.*

***ALLOPHONE :*** *Les allophones sont ceux qui ne peuvent parler, s'exprimer, communiquer ou lire suffisamment le français ou l'anglais pour recourir aux services de santé ou de bien-être, ce qui peut porter atteinte à leur santé ou bien-être.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 181



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais**

### Avantages

- Il prend en considération une partie des individus qui, bien que de langue maternelle autre que française ou anglaise, peuvent parler une de ces deux langues. La proportion d'allophones mesurée à partir de la langue d'usage sera légèrement inférieure à celle mesurée à partir de la langue maternelle de la mère.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données sont disponibles annuellement.

### Limites

- Lorsque l'accès aux services de santé offerts exige une bonne maîtrise, du français ou de l'anglais, l'indicateur sous-estime légèrement la proportion de nouveau-nés dont les parents ne peuvent s'exprimer en français ou en anglais. Selon les résultats d'une étude comparative, il apparaît que les personnes qui remplissent le formulaire de déclaration de naissance à l'hôpital se fient à la langue dans laquelle le parent répond aux questions. Ainsi, même si le parent ne maîtrise pas beaucoup le français ou l'anglais, il est probable que s'il répond dans une de ces deux langues elle sera indiquée comme langue d'usage.
- À Montréal-Centre, environ 2 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant la langue d'usage de la mère. Ne pouvant présumer que la langue d'usage de ces mères se répartit comme celle des autres, nous avons exclu ces naissances du dénominateur afin de ne pas sous-estimer la proportion de nouveau-nés dont la langue d'usage de la mère n'est ni le français ni l'anglais.

### Mises en garde

- Bien que l'indicateur puisse être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, il faudra être prudent dans l'interprétation des résultats des CLSC où un pourcentage important de mères accouchent au centre hospitalier St. Mary. En effet, comme ce centre hospitalier cumule à lui seul 47 % des formulaires de la région de Montréal-Centre où la langue d'usage de la mère n'est pas mentionnée, le pourcentage d'inconnus pour ces CLSC peut atteindre 5 % et plus, selon les années. Lorsque l'on veut calculer le nombre de nouveau-nés pour ces territoires de CLSC, il est recommandé de répartir les inconnus au prorata des cas connus.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 182

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 183

### *Immigrant*

*Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

#### *Quel indicateur choisir?*

Le fichier des naissances est utilisé depuis plusieurs années dans le cadre de la planification des services et des activités périnatals à mettre en place au Québec. Jusqu'à tout récemment, on l'utilisait dans la perspective des soins maternels et infantiles, ce qui explique que l'on ait exploité les informations relatives au nourrisson et à la mère, mais peu celles relatives au père. Depuis quelques années, un effort particulier est fait pour intégrer les pères dans les activités périnatales. Lorsque cela est possible, on souhaite donc s'adresser non seulement à la mère du nourrisson, mais à ses deux parents. Cette nouvelle orientation a largement guidé le choix des indicateurs que nous proposons. Ainsi, lorsque cela était possible, nous avons retenu des indicateurs construits à partir des informations provenant tant de la mère que du père.

Dans certaines situations, il peut être nécessaire d'ajuster les programmes ou les interventions périnatals dans les CLSC où il y a une forte proportion de familles immigrantes, car ces parents ont souvent des besoins différents des autres en raison de leur nouveau contexte de vie. Nous avons donc tenté de circonscrire ce phénomène à l'aide des informations recueillies dans le fichier des naissances. Parmi les divers indicateurs pouvant être construits pour estimer la proportion de parents immigrants, nous en proposons deux basés sur le lieu de naissance des parents du nouveau-né : 1) le nombre et la proportion de nouveau-nés dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada; 2) le nombre et la proportion de nouveau-nés dont la mère est née à l'extérieur du Canada.

Le premier indicateur considère les nouveau-nés dont l'un ou les deux parents sont immigrants. Ainsi, les familles dont la mère est née au Québec et le père à l'extérieur du Canada sont incluses.

Le second indicateur demeure celui qui est généralement utilisé dans les programmes périnatals malgré l'intérêt récent pour l'implication du père. Il permet d'estimer le nombre de nouveau-nés qui ont une mère immigrante sans considérer le lieu de naissance du père. Donc, les familles composées d'une mère née au Québec et d'un père né à l'extérieur du Canada sont exclues.

Bien que le premier indicateur nous apparaît préférable puisqu'il tient compte de la réalité des pères, nous présentons le second pour des fins de comparaison. Le planificateur peut également les utiliser pour établir un maximum et un minimum de familles immigrantes à prendre en considération dans le cadre des programmes périnatals.

Mentionnons par ailleurs que plus longtemps un immigrant a séjourné au Canada, plus il est susceptible d'être familier avec la gamme de services de santé offerts et moins il risque d'avoir des besoins particuliers. Dans cette perspective, il aurait été pertinent de présenter aussi un indicateur permettant de distinguer les immigrants nouvellement arrivés au pays des autres. Malheureusement, cela n'est pas possible, car la durée de séjour n'est pas colligée dans le formulaire de déclaration de naissance.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 184



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada**

### Variables

***Lieu de naissance de la mère :***
Pays de naissance.

***Lieu de naissance du père :***
Pays de naissance.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes dont le lieu de naissance de la mère ou du père n'est pas le Canada}}{\text{Naissances vivantes}^{1}} \times 100$$

[1] Le plus souvent, les indicateurs issus du fichier des naissances sont calculés avec l'ensemble des naissances vivantes au dénominateur. Toutefois, le nombre de réponses manquantes étant plus élevé pour les variables d'ordre culturel, il est préférable de soustraire du dénominateur les naissances ayant des réponses manquantes afin de ne pas sous-estimer la proportion.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 44 % des nouveau-nés de Montréal-Centre ont au moins un de leurs parents né à l'extérieur du Canada.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 185



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada**

### Avantages

- Il prend en considération les familles dont la mère ou le père est né au Canada mais dont le conjoint est né à l'extérieur du Canada.
- Le lieu de naissance est une information généralement bien connue des deux parents, ce qui en fait une variable fiable.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'indicateur regroupe des familles vivant des degrés divers d'intégration à la société d'accueil. En fait, nous n'avons aucune information sur le nombre d'années vécues au Canada ni sur les raisons qui ont incité les parents à venir s'établir au Canada. Ainsi peuvent être regroupés des nouveau-nés dont les parents ont immigré récemment au Canada à la suite d'une guerre civile et des nouveau-nés dont les parents ont immigré au Canada dans leur enfance par choix économique.
- À Montréal-Centre, environ 8 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant le lieu de naissance de la mère et 14 % pour la question touchant le lieu de naissance du père. Ne pouvant présumer que le lieu de naissance de ces parents se répartit comme celui des autres, nous avons exclu ces naissances du dénominateur afin de ne pas sous-estimer la proportion de nouveau-nés dont un des parents est né à l'extérieur du Canada.

### Mises en garde

- Bien que l'indicateur puisse être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, il faudra être prudent dans l'interprétation des résultats des CLSC où un pourcentage important de mères accouchent au centre hospitalier St. Mary. En effet, comme ce centre hospitalier cumule à lui seul 88 % des formulaires de la région de Montréal-Centre où le lieu de naissance des parents n'est pas mentionné, le pourcentage d'inconnus pour ces CLSC peut atteindre plus du tiers des naissances observées. Les CLSC touchés sont principalement le CLSC Côte-des-Neiges (les points de services Côte-des-Neiges et Snowdon), le CLSC Saint-Laurent et le CLSC Parc Extension. Lorsque l'on veut calculer le nombre de nouveau-nés pour ces territoires de CLSC, il est recommandé de répartir les inconnus au prorata des cas connus.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 186



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la mère est née à l'extérieur du Canada**

### Variable

***Lieu de naissance de la mère :***
Pays de naissance.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes dont le lieu de naissance de la mère n'est pas le Canada}}{\text{Naissances vivantes}^{1}} \times 100$$

[1] Le plus souvent, les indicateurs issus du fichier des naissances sont calculés avec l'ensemble des naissances vivantes au dénominateur. Toutefois, le nombre de réponses manquantes étant plus élevé pour les variables d'ordre culturel, il est préférable de soustraire du dénominateur les naissances ayant des réponses manquantes afin de ne pas sous-estimer la proportion.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 36 % des nouveau-nés de Montréal-Centre ont une mère née à l'extérieur du Canada.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 187



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la mère est née à l'extérieur du Canada**

### Avantages

- Il s'agit d'un indicateur encore très utilisé pour la planification de plusieurs programmes dans le domaine de la santé publique, entre autres pour la planification de programmes en périnatalité.
- Le lieu de naissance est une information bien connue, ce qui en fait une variable fiable.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'indicateur regroupe des mères vivant des degrés divers d'intégration à la société d'accueil. En fait, nous n'avons aucune information sur le nombre d'années vécues au Canada ni sur les raisons qui ont incité la mère à venir s'établir au Canada. Ainsi peuvent être regroupés des nouveau-nés dont les mères ont immigré récemment au Canada à la suite d'une guerre civile et des nouveau-nés dont les mères ont immigré au Canada dans leur enfance par choix économique.
- Il ne tient pas compte des familles composées d'un père né à l'extérieur du Canada et d'une mère née au Canada.
- À Montréal-Centre, environ 8 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant le lieu de naissance de la mère. Ne pouvant présumer que le lieu de naissance de ces mères se répartisse comme les autres, nous avons exclu ces naissances du dénominateur afin de ne pas sous-estimer la proportion de nouveau-nés dont la mère est née à l'extérieur du Canada.

### Mises en garde

- Bien que l'indicateur puisse être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, il faudra être prudent dans l'interprétation des résultats des CLSC où un pourcentage important de mères accouchent au centre hospitalier St. Mary. En effet, comme ce centre hospitalier cumule à lui seul 88 % des formulaires de la région de Montréal-Centre où le lieu de naissance de la mère n'est pas mentionné, le pourcentage d'inconnus pour ces CLSC peut atteindre plus du tiers des naissances observées. Les CLSC touchés sont principalement le CLSC Côte-des-Neiges (les points de services Côte-des-Neiges et Snowdon), le CLSC Saint-Laurent et le CLSC Parc Extension. Lorsque l'on veut calculer le nombre de nouveau-nés pour ces territoires de CLSC, il est recommandé de répartir les inconnus au prorata des cas connus.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 188

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 189

## *Groupe ethnique*

*Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

### *Quel indicateur choisir?*

Le fichier des naissances est utilisé depuis plusieurs années dans le cadre de la planification des services et des activités périnatals à mettre en place au Québec. Depuis quelques années, un effort particulier est fait pour intégrer les pères dans les activités périnatales. Lorsque cela est possible, on souhaite donc s'adresser non seulement à la mère du nourrisson, mais à ses deux parents. Cette nouvelle orientation a largement guidé le choix des indicateurs que nous proposons. Ainsi, lorsque cela était possible, nous avons retenu des indicateurs construits à partir des informations provenant tant de la mère que du père.

Dans certaines situations, il peut être important d'ajuster les programmes ou les interventions périnatals en fonction des traditions ou des habitudes de certains groupes ethniques. De même, on peut être intéressé à savoir si certains groupes ethniques peuvent donner naissance plus fréquemment à des prématurés, à des bébés de faible poids ou encore si les nourrissons de certains groupes ethniques vivent plus souvent dans une situation défavorable. Nous avons donc tenté de circonscrire ces phénomènes à l'aide des informations recueillies dans le fichier des naissances.

Le groupe ethnique d'une personne est un concept complexe qui est difficile à bien évaluer lorsqu'il n'est pas possible de poser tout un ensemble de questions à la personne concernée. Puisque le formulaire de déclaration est avant tout un outil administratif, non une enquête, peu de renseignements sont recueillis à ce sujet. Les indicateurs que nous proposons sont donc ceux offrant les meilleures estimations que l'on puisse en tirer. Toutefois, il faut se rappeler que des informations supplémentaires, telle une question demandant l'appartenance ethnique actuelle des parents, pourraient fournir une estimation très différente.

Dans un premier temps, nous proposons deux indicateurs permettant d'estimer le groupe ethnique des parents du nouveau-né : 1) le nombre et la proportion de nouveau-nés selon le lieu de naissance de la mère ou du père; 2) le nombre et la proportion de nouveau-nés selon la langue maternelle de la mère ou du père.

Le premier indicateur, basé sur le lieu de naissance, est le plus adéquat pour la plupart des groupes ethniques vivant à Montréal-Centre. Malheureusement, l'indicateur ne permet pas d'identifier les parents qui bien que nés au Canada sont d'un autre groupe ethnique que français ou britannique. De plus, les groupes ethniques dont les membres vivent dans plusieurs pays sans y être majoritaires (ex. : Juifs) ne peuvent être circonscrits à l'aide de cet indicateur.

Le second indicateur, basé sur la langue maternelle, devrait être utilisé pour les groupes ethniques italien et grec qui comptent des membres établis depuis longtemps dans la région de Montréal-Centre et dont un fort pourcentage sont nés au Canada. En effet, cet indicateur prend en considération les parents qui sont nés au Canada et qui ont appris comme première langue l'italien ou le grec. Il aurait été utile de pouvoir construire cet indicateur pour d'autres groupes ethniques, tels les Portugais, malheureusement, les catégories codées dans le fichier ne permettent pas de les distinguer (ex. : la langue portugaise est regroupée avec la langue brésilienne). Enfin, la communauté juive, dont les membres déclarent rarement le yiddish ou l'hébreu comme langue maternelle, ne peut pas être bien circonscrite à l'aide de cet indicateur.

Dans un deuxième temps, nous avons retenu trois indicateurs qui touchent des problématiques que l'on tend à documenter en périnatalité : 1) le nombre et la proportion de nouveau-nés de faible poids par lieu de naissance de la mère; 2) le nombre et la proportion de nouveau-nés prématurés par lieu de naissance de la mère; 3) le nombre et la proportion de nouveau-nés dont la mère est faiblement scolarisée par lieu de naissance de la mère.

Pour les deux premiers indicateurs, nous n'avons tenu compte que de la mère, car il s'agit de problématiques reliées surtout aux caractéristiques de la mère. Par ailleurs, pour le troisième, la scolarité du père n'a pu être considérée parce que l'information touchant la scolarité du père n'est pas colligée dans le formulaire de déclaration de naissance. Tous sont calculés à partir du lieu de naissance, car il s'agit de la variable qui permet le mieux de caractériser les communautés récentes et qu'il s'agit des groupes ethniques susceptibles d'être les plus vulnérables.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 190



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés selon le lieu de naissance de la mère ou du père**

### Variables

***Lieu de naissance de la mère :***
Pays de naissance.

***Lieu de naissance du père :***
Pays de naissance.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes dont la mère ou le père ont un lieu de naissance donnée}}{\text{Naissances vivantes}^{1}} \times 100$$

[1] Le plus souvent, les indicateurs issus du fichier des naissances sont calculés avec l'ensemble des naissances vivantes au dénominateur. Toutefois, le nombre de réponses manquantes étant plus élevé pour les variables d'ordre culturel, il est préférable de soustraire du dénominateur les naissances ayant des réponses manquantes afin de ne pas sous-estimer la proportion.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 3 % des nouveau-nés de Montréal-Centre ont au moins un de leurs parents né au Liban.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 191



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés selon le lieu de naissance de la mère ou du père**

### Avantages

- L'indicateur basé sur le lieu de naissance est celui qui permet de caractériser le plus grand nombre de groupes ethniques au sein du fichier des naissances.
- Le lieu de naissance est une information généralement bien connue des deux parents, ce qui en fait une variable fiable.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données des naissances sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'indicateur ne permet pas d'identifier les familles dont la mère ou le père nés au Canada sont d'une origine ethnique autre que française ou britannique, par exemple une mère ou un père haïtien.
- Pour les groupes ethniques italiens et grecs établis au Canada depuis longtemps, il est préférable d'utiliser l'indicateur calculé à partir de la langue maternelle de la mère, car le lieu de naissance sera le Canada pour la majorité des membres.
- Le lieu de naissance ne permet pas d'identifier correctement des groupes ethniques qui se définissent principalement par leur appartenance religieuse et qui vivent dans plusieurs pays sans y être toujours majoritaires (ex. : juifs, musulmans).
- Lorsque le groupe ethnique se définit par la couleur de la peau (ex. : Noir), le lieu de naissance ne permet pas d'identifier avec précision le groupe ethnique, car dans certains pays, tels que l'Afrique du Sud, des personnes de plusieurs couleurs de peau peuvent cohabiter.
- Certains lieux de naissance rassemblent plusieurs groupes ethniques distincts. Par exemple : en Égypte, on retrouve plusieurs groupes ethniques, tels que grec ou libanais, qui se distinguent de par leurs traditions et leurs langues des Égyptiens; au Brésil, on retrouve des Italiens qui se distinguent des Brésiliens. Bien que née en Égypte, une mère pourrait donc se considérer d'origine grecque plutôt qu'égyptienne. Dans ces cas, le lieu de naissance constitue une surestimation du groupe ethnique qu'il faut alors nuancer.
- À Montréal-Centre, environ 8 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant le lieu de naissance de la mère et 14 % pour la question sur le lieu de naissance du père. Ne pouvant présumer que le lieu de naissance de ces parents se répartit comme celui des autres, nous avons exclu ces naissances du dénominateur afin de ne pas sous-estimer la proportion de nouveau-nés dont la mère ou le père ont un lieu de naissance donné.
- Lorsque le nombre de parents provenant d'un lieu de naissance donné est trop petit, il est préférable de regrouper plusieurs lieux de naissance.
- Afin d'éviter des erreurs d'interprétation dues à des événements ponctuels isolés, tels qu'une arrivée importante de réfugiés politiques d'un pays donné, il est préférable de faire la moyenne de trois années consécutives.

### Mises en garde

- Bien que l'indicateur puisse être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, il faudra être prudent dans l'interprétation des résultats des CLSC où un pourcentage important de mères accouchent au centre hospitalier St. Mary. En effet, comme ce centre hospitalier cumule à lui seul 88 % des formulaires de la région de Montréal-Centre où le lieu de naissance de la mère ou du père n'est pas mentionné, le pourcentage d'inconnus pour ces CLSC peut atteindre plus du tiers des naissances observées. Les CLSC touchés sont principalement le CLSC Côte-des-Neiges (les points de services Côte-des-Neiges et Snowdon), le CLSC Saint-Laurent et le CLSC Parc Extension. Il est préférable d'étudier les cas connus seulement.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 192



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés selon la langue maternelle de la mère ou du père [1]**

[1] Indicateur à utiliser pour estimer les groupes ethniques italien et grec seulement.

### Variables

***Langue maternelle de la mère :***
Première langue apprise dans l'enfance et encore comprise.

***Langue maternelle du père :***
Première langue apprise dans l'enfance et encore comprise.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes dont la mère ou le père ont une langue maternelle donnée}}{\text{Naissances vivantes}^{2}} \times 100$$

[2] Le plus souvent, les indicateurs issus du fichier des naissances sont calculés avec l'ensemble des naissances vivantes au dénominateur. Toutefois, le nombre de réponses manquantes étant plus élevé pour les variables d'ordre culturel, il est préférable de soustraire du dénominateur les naissances ayant des réponses manquantes afin de ne pas sous-estimer la proportion.

### Frais d'acquisition

**Pour la DSP afin d'obtenir les données par territoire de CLSC :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 6 % des nouveau-nés de Montréal-Centre ont une mère ou un père dont la langue maternelle est l'italien alors que seulement 2 % ont au moins un de leurs parents né en Italie.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions .*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 193



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés selon la langue maternelle de la mère ou du père[1]**

[1] Indicateur à utiliser pour estimer les groupes ethniques italien et grec seulement.

### Avantages

- Il s'agit de l'indicateur permettant le mieux de caractériser les groupes ethniques italien et grec au sein du fichier des naissances, car il permet d'inclure les mères et les pères d'origine italienne ou d'origine grecque nés au Canada.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données des naissances sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'indicateur ne permet pas d'identifier les parents d'origine italienne ou grecque qui ont adopté le français ou l'anglais comme langue maternelle.
- Quoique les parents du nouveau-né puissent avoir appris simultanément deux langues maternelles, incluant le français ou l'anglais, seul le français ou l'anglais ont été retenus à la codification jusqu'en 1997. À partir de 1997, l'Institut de la statistique du Québec regroupe dans une catégorie distincte tous ces cas, soit la catégorie « *langues maternelles française et autre* » et « *langues maternelles anglaise et autre* ». Il n'est donc pas possible de distinguer les langues maternelles autres que française et anglaise. Les parents dans cette situation ne seront donc pas comptés même si une des deux langues maternelles déclarées est l'italien ou le grec.
- À Montréal-Centre, environ 2 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant la langue maternelle du père ou de la mère. Ne pouvant présumer que la langue maternelle de ces parents se répartit comme celle des autres, nous avons exclu ces naissances du dénominateur afin de ne pas sous-estimer la proportion de nouveau-nés dont la langue maternelle de la mère ou du père n'est ni le français ni l'anglais.
- Afin d'éviter des erreurs d'interprétation dues à des événements ponctuels isolés, tels qu'une arrivée importante de réfugiés politiques d'un pays donné, il est préférable de faire la moyenne de trois années consécutives.

### Mises en garde

- Bien que l'indicateur puisse être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, il faudra être prudent dans l'interprétation des résultats du CLSC Parc Extension où un pourcentage important de mères accouchent au centre hospitalier St. Mary. En effet, comme ce centre hospitalier cumule à lui seul 52 % des formulaires de la région de Montréal-Centre où la langue maternelle des parents n'est pas mentionnée, le pourcentage d'inconnus pour ce territoire de CLSC peut atteindre 4 % et plus, selon les années. Il est préférable d'étudier les cas connus seulement.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 194



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés de faible poids par lieu de naissance de la mère**

### Variables

***Poids à la naissance :***
Poids du nouveau-né en grammes.

***Lieu de naissance de la mère :***
Pays de naissance.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes}^1 \text{ de poids inférieur à 2 500 grammes pour un lieu de naissance donné}}{\text{Naissances vivantes pour un lieu de naissance donné}} \times 100$$

[1] Le poids des nourrissons issus de grossesses multiples (jumeaux, triplets) ayant tendance à être inférieur à celui des naissances uniques, les naissances multiples ont été exclues du numérateur et du dénominateur afin d'éviter de surestimer le nombre et la proportion de nouveau-nés de faible poids.

### Frais d'acquisition

**Frais d'acquisition pour la DSP afin d'obtenir les données :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 7,1 % des nouveau-nés de Montréal-Centre dont la mère est née en Haïti ont un poids inférieur à 2 500 grammes comparativement à 5,1 % lorsque l'on ne distingue pas le pays de naissance de la mère.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 195



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés de faible poids par lieu de naissance de la mère**

### Avantages

- Il permet d'identifier des groupes ethniques pour lesquels on retrouve une proportion de nouveau-nés de faible poids plus importante que les autres.
- Le poids à la naissance est une information qui est assez précise.
- Le lieu de naissance est une information généralement bien connue des deux parents, ce qui en fait une variable fiable.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données des naissances sont disponibles annuellement.

### Limites

- Les nouveau-nés dont la mère est vietnamienne ont tendance à être plus petits à la naissance, l'indicateur calculé à partir de la norme (moins de 2 500 grammes) surestime le nombre de nouveau-nés de faible poids pour ce groupe ethnique.
- L'indicateur ne permet pas d'identifier les nouveau-nés dont la mère née au Canada est d'un groupe ethnique autre que français ou britannique, par exemple certaines mères portugaises.
- Le lieu de naissance ne permet pas d'identifier correctement les mères de groupes ethniques qui se définissent principalement par leur appartenance religieuse et qui vivent dans plusieurs pays sans y être toujours majoritaires (ex. : juifs, musulmans).
- Lorsque le groupe ethnique se définit par la couleur de la peau (ex. : Noir), le lieu de naissance ne permet pas d'identifier avec précision le groupe ethnique, car dans certains pays, tels que l'Afrique du Sud, des personnes de plusieurs couleurs de peau peuvent cohabiter.
- Certains lieux de naissance rassemblent plusieurs communautés culturelles distinctes. Par exemple : en Égypte, on retrouve plusieurs communautés, telles que grecque ou libanaise, qui se distinguent de par leurs traditions et leurs langues des Égyptiens; au Brésil, on retrouve des Italiens qui se distinguent des Brésiliens. Bien que née en Égypte, une mère pourrait donc se considérer d'origine grecque plutôt qu'égyptienne. Dans ces cas, le lieu de naissance constitue une surestimation du groupe ethnique qu'il faut alors nuancer.
- À Montréal-Centre, environ 8 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant le lieu de naissance de la mère. Malheureusement, le pourcentage d'inconnus n'est pas le même pour tous les établissements de la région de Montréal-Centre. Ainsi, le Centre hospitalier St. Mary cumule à lui seul 88 % des inconnus.
- Afin d'éviter des erreurs d'interprétation dues à des événements ponctuels isolés, tels qu'une arrivée importante de réfugiés politiques d'un pays donné, il est préférable de faire la moyenne de trois années consécutives.

### Mises en garde

- L'indicateur ne peut être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, car le nombre de nouveau-nés de faible poids est trop petit. De plus, il n'y a pas d'intérêt à le faire, puisqu'il n'y a aucune raison de croire que le risque de donner naissance à un bébé de petit poids pour un groupe ethnique varie d'un territoire de CLSC à l'autre.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 196



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés prématurés par lieu de naissance de la mère**

### Variables

***Durée de gestation :***
Nombre de semaines complétées au moment de l'accouchement.

***Lieu de naissance de la mère :***
Pays de naissance.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes [1] dont la durée de gestation est inférieure à 37 semaines pour un lieu de naissance donné}}{\text{Naissances vivantes pour un lieu de naissance donné}} \times 100$$

[1] La durée de gestation des nourrissons issus de grossesses multiples (jumeaux, triplets) ayant tendance à être inférieure à celle des naissances uniques, les naissances multiples ont été exclues du numérateur et du dénominateur afin d'éviter de surestimer le nombre et la proportion de nouveau-nés prématurés.

### Frais d'acquisition

**Frais d'acquisition pour la DSP afin d'obtenir les données :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 7,8 % des nouveau-nés de Montréal-Centre dont la mère est née en Haïti sont prématurés comparativement à 5,9 % lorsque l'on ne distingue pas le pays de naissance de la mère.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 197



## INDICATEUR :
**Nombre et proportion de nouveau-nés prématurés par lieu de naissance de la mère**

### Avantages

- Il permet d'identifier des groupes ethniques pour lesquels on retrouve une proportion de nouveau-nés prématurés plus importante que les autres.
- Actuellement, au Québec, la durée de gestation est une mesure assez fiable.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données des naissances sont disponibles annuellement.

### Limites

- Les mères vietnamiennes ont tendance à avoir une période de grossesse moins longue que les autres, l'indicateur calculé à partir de la norme (moins de 37 semaines de gestation) surestime le nombre de nouveau-nés prématurés pour ce groupe ethnique.
- L'indicateur ne permet pas d'identifier les nouveau-nés dont la mère née au Canada est d'un autre groupe ethnique que français ou britannique, par exemple certaines mères portugaises.
- Le lieu de naissance ne permet pas d'identifier correctement les mères de groupes ethniques qui se définissent principalement par leur appartenance religieuse et qui vivent dans plusieurs pays sans y être toujours majoritaires (ex. : juifs, musulmans).
- Lorsque le groupe ethnique se définit par la couleur de la peau (ex. : Noir), le lieu de naissance ne permet pas d'identifier avec précision le groupe ethnique, car dans certains pays, tels que l'Afrique du Sud, des personnes de plusieurs couleurs de peau peuvent cohabiter.
- Certains lieux de naissance rassemblent plusieurs communautés culturelles distinctes. Par exemple : en Égypte, on retrouve plusieurs communautés, telles que grecque ou libanaise, qui se distinguent de par leurs traditions et leurs langues des Égyptiens; au Brésil, on retrouve des Italiens qui se distinguent des Brésiliens. Bien que née en Égypte, une mère pourrait donc se considérer d'origine grecque plutôt qu'égyptienne. Dans ces cas, le lieu de naissance constitue une surestimation du groupe ethnique qu'il faut alors nuancer.
- À Montréal-Centre, environ 8 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant le lieu de naissance de la mère. Malheureusement, le pourcentage d'inconnus n'est pas le même pour tous les établissements de la région de Montréal-Centre. Ainsi, le Centre hospitalier St. Mary cumule à lui seul 88 % des inconnus.
- Afin d'éviter des erreurs d'interprétation dues à des événements ponctuels isolés, tels qu'une arrivée importante de réfugiés politiques d'un pays donné, il est préférable de faire la moyenne de trois années consécutives.

### Mises en garde

- L'indicateur ne peut être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, car le nombre de nouveau-nés prématurés est trop petit. De plus, il n'y a pas d'intérêt à le faire, puisqu'il n'y a aucune raison de croire que le risque de donner naissance à un prématuré pour un groupe ethnique varie d'un CLSC à l'autre.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 198



## INDICATEUR :

**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la mère est faiblement scolarisée par lieu de naissance de la mère**

### Variables

***Niveau de scolarité de la mère :***
Nombre d'années de scolarité complétées avec succès.

***Lieu de naissance de la mère :***
Pays de naissance.

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Naissances vivantes dont la mère a moins de 11 années de scolarité [1] pour un lieu de naissance donné [2]}}{\text{Naissances vivantes pour un lieu de naissance donné}} \times 100$$

[1] Ce niveau de scolarité équivaut à un secondaire V non complété.

[2] Le plus souvent, les indicateurs issus du fichier des naissances sont calculés avec l'ensemble des naissances vivantes au dénominateur. Toutefois, le nombre de réponses manquantes étant plus élevé pour les variables d'ordre culturel, il est préférable de soustraire du dénominateur les naissances ayant des réponses manquantes afin de ne pas sous-estimer la proportion.

### Frais d'acquisition

**Frais d'acquisition pour la DSP afin d'obtenir les données :**

- Aucuns frais d'acquisition pour la DSP.

### Exemple

*En 1995, 44 % des mères nées en République populaire de Chine et qui ont accouché dans la région de Montréal-Centre sont faiblement scolarisées comparativement à 18 % de l'ensemble des mères ayant accouché la même année.*

***GROUPE ETHNIQUE :*** *Ensemble de personnes se réclamant d'une même origine, partageant une même histoire, et dont l'unité s'appuie généralement sur une langue, un territoire et des traditions.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 199



## INDICATEUR :

**Nombre et proportion de nouveau-nés dont la mère est faiblement scolarisée par lieu de naissance de la mère**

### Avantages

- Il permet d'identifier des groupes ethniques pour lesquels on retrouve une proportion de mères faiblement scolarisées plus importante que les autres, ce qui peut amener des ajustements dans la planification des programmes ou des activités périnatales.
- La déclaration des naissances est obligatoire au Québec, qu'elles aient lieu dans un hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Les données des naissances sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'indicateur ne permet pas d'identifier les nouveau-nés dont la mère née au Canada est d'un autre groupe ethnique que français ou britannique, par exemple certaines mères portugaises.
- Le lieu de naissance ne permet pas d'identifier correctement les mères de groupes ethniques qui se définissent principalement par leur appartenance religieuse et qui vivent dans plusieurs pays sans y être toujours majoritaires (ex. : juifs, musulmans).
- Lorsque le groupe ethnique se définit par la couleur de la peau (ex. : Noir), le lieu de naissance ne permet pas d'identifier avec précision le groupe ethnique, car dans certains pays, tels que l'Afrique du Sud, des personnes de plusieurs couleurs de peau peuvent cohabiter.
- Certains lieux de naissance rassemblent plusieurs communautés culturelles distinctes. Par exemple : en Égypte, on retrouve plusieurs communautés telles que grecque ou libanaise, qui se distinguent de par leurs traditions et leurs langues des Égyptiens; au Brésil, on retrouve des Italiens qui se distinguent des Brésiliens. Bien que née en Égypte, une mère pourrait donc se considérer d'origine grecque plutôt qu'égyptienne. Dans ces cas, le lieu de naissance constitue une surestimation du groupe ethnique qu'il faut alors nuancer.
- D'un pays à l'autre, il est possible qu'un nombre équivalent d'années de scolarité ne corresponde pas à la même réalité.
- Il est possible que les personnes qui répondent au questionnaire et qui ont fait leur scolarité dans un pays autre que le Canada ne connaissent pas l'équivalence du niveau de scolarité avec le système canadien et donnent une réponse qui sera interprétée d'une façon erronée.
- À Montréal-Centre, environ 8 % des formulaires de déclaration de naissance ne comportent pas de réponse à la question touchant le lieu de naissance de la mère. Malheureusement, le pourcentage d'inconnus n'est pas le même pour tous les établissements de la région de Montréal-Centre. Ainsi, le Centre hospitalier St. Mary cumule à lui seul 88 % des inconnus.
- Afin d'éviter des erreurs d'interprétation dues à des événements ponctuels isolés, tels qu'une arrivée importante de réfugiés politiques d'un pays donné, il est préférable de faire la moyenne de trois années consécutives.

### Mises en garde

- L'indicateur ne peut être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, car le nombre de nouveau-nés dont la mère est faiblement scolarisée est trop petit.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 200

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 201

# Fiches synthèses :

## *Fichier des décès*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 202

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 203

### *Immigrant*

Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.

#### *Quel indicateur choisir?*

Lors d'un décès au Québec, un formulaire recueillant le lieu du décès, l'identification du décédé et la cause du décès doit être rempli. Parmi les informations colligées, deux sont d'ordre culturel : le lieu de naissance du décédé ainsi que la langue d'usage qu'il utilisait à la maison. Bien que toutes deux intéressantes à première vue, seul le lieu de naissance du décédé est suffisamment fiable pour être utilisé.

Le regroupement des lieux de naissance autres que le Canada permet de calculer plusieurs indicateurs caractérisant la mortalité des personnes nées à l'extérieur du Canada, soit la population immigrante.

Nous proposons trois indicateurs : 1) le nombre de décès et le taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada; 2) l'espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada; 3) le nombre de décès et le taux comparatif de mortalité selon la cause spécifique pour les personnes nées à l'extérieur du Canada.

Seuls les indicateurs qui permettent de comparer les personnes nées à l'extérieur du Canada aux personnes nées au Canada ont été retenus, car règle générale c'est dans ce but qu'on les utilisera en santé publique.

Le premier indicateur donne une mesure synthèse de la mortalité d'une population peu importe la cause. Comme le taux comparatif donne une mesure relative de la mortalité permettant de situer un groupe par rapport à un autre (immigrants versus non-immigrants), il est important de l'utiliser de concert avec le nombre de décès observé. Cela permet ainsi au planificateur d'évaluer l'importance réelle de la mortalité.

Le second indicateur est souvent utilisé lorsque l'on cherche une mesure synthèse de l'état de santé générale d'une population. L'espérance de vie indique le nombre moyen d'années que peut s'attendre à vivre une population en raison de la mortalité actuellement observée. Il s'agit d'un indicateur très utilisé pour évaluer l'évolution de l'état de santé d'une population dans le temps.

Le troisième indicateur permet au planificateur de s'attarder aux principales causes de mortalité. Tout comme pour le premier indicateur, c'est une mesure relative de la mortalité permettant de situer un groupe par rapport à un autre (immigrants versus non-immigrants). Il est important de l'utiliser de concert avec le nombre de décès observé. Cela permet au planificateur d'évaluer l'importance réelle de la mortalité.

Notons que les comparaisons doivent se faire avec prudence, car plus d'information serait nécessaire pour éliminer tous les facteurs confondants ayant un impact sur la santé. En effet, il faudrait idéalement nuancer l'analyse en considérant la catégorie d'immigrant (immigrant indépendant, réfugié, etc.), la date d'arrivée au pays, la durée du séjour ainsi que l'âge au moment de l'immigration. Malheureusement, ces variables ne sont pas recueillies dans le bulletin de décès.

Enfin, rappelons que même si théoriquement il pourrait être possible de développer des indicateurs pour caractériser la mortalité des groupes ethniques à partir du lieu de naissance du décédé, le nombre de décès n'est généralement pas assez grand pour que ce genre d'étude soit pertinent.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 204



## INDICATEUR :
**Nombre de décès et taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada**

### Variables

**Du fichier des décès :**
***Lieu de naissance de la personne décédée :***
Pays de naissance.

**Du fichier du recensement :**
***Immigrant reçu*** [1] :
Personne à qui les autorités de l'immigration a accordé le droit de résider au Canada en permanence.

***Résident non permanent*** [1] **:**

Personne qui n'a pas la citoyenneté canadienne par naissance, mais qui est titulaire d'un permis de séjour pour étudiant, d'un permis ministériel ou qui revendique le statut de réfugié.

[1] Depuis 1991, Statistique Canada ne détermine plus les immigrants selon leur pays de naissance ou leur citoyenneté, mais selon qu'ils aient reçu leur statut d'immigrant ou de résident non permanent.

### Méthode de calcul

Le taux comparatif est une mesure relative qui nous permet d'évaluer le nombre annuel de décès pour 1000 habitants qui pourrait être observé dans la population si celle-ci avait la même composition par âge et sexe qu'une population de référence.

Le calcul se fait à partir des décès de la population immigrante (décédés nés à l'extérieur du Canada), de l'effectif de la population immigrante (immigrants reçus et résidents non permanents) et de l'effectif de l'ensemble de la population non institutionnelle utilisée comme population de référence, le tout par groupes d'âge et sexe avec une méthode de calcul complexe. Le lecteur intéressé peut se référer à l'annexe 3.

### Frais d'acquisition

**Frais d'acquisition pour la DSP afin d'obtenir les données :**

Aucuns frais d'acquisition afin d'obtenir le **fichier des décès**.
Frais d'acquisition afin d'obtenir les données du **fichier du recensement** :

- Peu de frais pour obtenir les effectifs d'immigrants reçus et de résidents non permanents ainsi que la population non institutionnelle, par groupes d'âge quinquennaux de 0 à 85 ans.
- Croisement avec le sexe : peu de frais pour obtenir les effectifs d'immigrants reçus et de résidents non permanents ainsi que la population non institutionnelle, par groupes d'âge quinquennaux de 0 à 85 ans.

### Exemple

*En 1995, à Montréal-Centre, le taux comparatif de mortalité générale est de 5,3 pour 1000 pour les personnes nées à l'extérieur du Canada comparativement à 7,5 pour 1000 pour les personnes nées au Canada.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 205



## INDICATEUR :

**Nombre de décès et taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada**

### Avantages

- Il s'agit d'un indicateur synthèse qui donne une mesure relative de la mortalité permettant ainsi de comparer divers sous-groupes de la population ou un même sous-groupe à des périodes différentes.

  On peut donc comparer les taux de mortalité de la population née au Canada avec ceux de la population née à l'extérieur du Canada pour savoir s'ils ont la même mortalité.

  On peut également retracer l'évolution réelle de la mortalité de la population née à l'extérieur du Canada. L'indicateur permet de comparer avec justesse la mortalité même s'il y a eu pendant la période étudiée des événements, tels que l'arrivée subite d'immigrants plus âgés que dans les vagues précédentes ou le retour au pays d'origine des personnes âgées après la vie active, qui peuvent affecter la structure par âge de la population immigrante.
- Puisque la déclaration des décès est obligatoire, toutes les personnes qui habitaient le Québec au moment de leur décès sont inscrites au fichier, même lorsque le décès a lieu à l'extérieur du Québec. Les données des décès sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'information fournie est une mesure **relative**. On ne doit pas utiliser le taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada seul, mais bien en comparaison avec d'autres populations. Il s'agit donc d'un outil qui permet de comparer des niveaux de mortalité les uns par rapport aux autres.
- L'indicateur exclut les décédés nés à l'extérieur du Canada qui séjournaient dans un centre hospitalier de soins de longue durée (CHLD) parce que nous n'avons pas d'information sur la population immigrante vivant en institution. Bien que cette opération soit nécessaire, elle a pour effet de sous-estimer la mortalité parce que la mortalité en institution est plus grande que celle hors institution. Afin de ne pas créer de biais dans la mesure, il faut faire la même opération pour les populations qui seront comparées à la population née à l'extérieur du Canada.
- À Montréal-Centre, 11 % des formulaires des personnes décédées qui résidaient dans la région de Montréal-Centre ne comportaient pas d'information sur le lieu de naissance. Les taux comparatifs de mortalité pourraient sous-estimer davantage la mortalité des immigrants si les formulaires incomplets sont plus fréquents chez ces derniers.
- Il n'y a pas de validation des réponses pour la variable lieu de naissance de la personne décédée.

### Mises en garde

- L'indicateur ne peut pas être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, car dans certains centres hospitaliers, tels que celui de St. Mary, celui de Saint-Laurent, l'Hôpital Général Lasalle, l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et le Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci, on retrouve plus d'un formulaire sur quatre où le lieu de naissance n'est pas mentionné. Or, pour les territoires de CLSC où une proportion importante de personnes décèdent dans ces hôpitaux, le pourcentage d'inconnus nuit considérablement à l'analyse.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 206



## INDICATEUR :
**Espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada**

### Variables

**Du fichier des décès :**
***Lieu de naissance de la personne décédée :***
Pays de naissance.

**Du fichier du recensement :**
***Immigrant reçu*[1]*:***
Personne à qui les autorités de l'immigration a accordé le droit de résider au Canada en permanence.

***Résident non permanent*[1]*:***
Personne qui n'a pas la citoyenneté canadienne par naissance, mais qui est titulaire d'un permis de séjour pour étudiant, d'un permis ministériel ou qui revendique le statut de réfugié.

[1] Depuis 1991, Statistique Canada ne détermine plus les immigrants selon leur pays de naissance ou leur citoyenneté, mais selon qu'ils aient reçu leur statut d'immigrant ou de résident non permanent.

### Méthode de calcul

L'espérance de vie est un indicateur qui permet d'évaluer la durée moyenne de vie.

Le calcul se fait à partir des décès de la population immigrante (décédés nés à l'extérieur du Canada) et de l'effectif de la population immigrante (immigrants reçus et résidents non permanents), par groupes d'âge et sexe avec une méthode de calcul complexe. Le lecteur intéressé peut se référer à l'annexe 4.

### Frais d'acquisition

**Frais d'acquisition pour la DSP afin d'obtenir les données :**

Aucuns frais d'acquisition afin d'obtenir le **fichier des décès**.

Frais d'acquisition afin d'obtenir les données du **fichier du recensement** :

- Peu de frais pour obtenir les effectifs d'immigrants reçus et de résidents non permanents ainsi que la population non institutionnelle, par groupes d'âge quinquennaux de 0 à 85 ans.
- Croisement avec le sexe : peu de frais pour obtenir les effectifs d'immigrants reçus et de résidents non permanents ainsi que la population non institutionnelle, par groupes d'âge quinquennaux de 0 à 85 ans.

### Exemple

*En 1995, à Montréal-Centre, l'espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada est de 82 ans comparativement à 79 ans pour les personnes nées au Canada.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 207



## INDICATEUR :
**Espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada**

### Avantages

- Il s'agit d'une indication fiable du niveau de santé moyen de la population. Une augmentation de l'espérance de vie à la naissance reflète une amélioration de la santé de la population étudiée.
- L'espérance de vie est un indicateur très utilisé dans le domaine de la santé.
- Puisque la déclaration des décès est obligatoire, toutes les personnes qui habitaient le Québec au moment de leur décès sont inscrites au fichier, même lorsque le décès a lieu à l'extérieur du Québec. Les données des décès sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'espérance de vie pour la population née à l'extérieur du Canada sera légèrement surestimée car les décès des personnes qui vivaient en institution ne sont pas compris.
- L'espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada ne doit pas être comparée à l'espérance de vie pour l'ensemble de la population que l'on trouve habituellement dans les publications. Cette dernière considère autant les décès des personnes qui vivaient en institution que celles qui n'y vivaient pas contrairement à la première qui ne considère que les décès des personnes ne vivant pas en institution.
- À Montréal-Centre, 11 % des formulaires de déclaration de décès des personnes qui résidaient dans la région ne comportaient pas d'information sur le lieu de naissance. Puisqu'un certain nombre de ces décédés pourraient être des immigrants, l'espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada sera donc surestimée.
- Il n'y a pas de validation des réponses pour la variable lieu de naissance de la personne décédée.
- L'espérance de vie pour la population née à l'extérieur du Canada est fortement influencée par le fait que la majorité des personnes doivent être en bonne santé afin d'obtenir l'autorisation d'immigrer au Canada (un des critères d'admission). Ce phénomène est toutefois amenuisé, parce que l'indicateur regroupe à la fois des immigrants récents et des immigrants de longue date. Ces derniers ayant tendance à adopter les habitudes de vie de la population d'accueil, leur espérance de vie tend à rejoindre celle de la population d'accueil.

### Mises en garde

- L'indicateur ne peut être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, car dans certains centres hospitaliers, tels que celui de St. Mary, celui de Saint-Laurent, l'Hôpital Général Lasalle, l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et le Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci, on retrouve plus d'un formulaire sur quatre où le lieu de naissance n'est pas mentionné. Or, pour les territoires de CLSC où une proportion importante de personnes décèdent dans ces hôpitaux, le pourcentage d'inconnus nuit considérablement à l'analyse.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 208



## INDICATEUR :

**Nombre de décès et taux comparatif de mortalité selon la cause spécifique[1] pour les personnes nées à l'extérieur du Canada**

[1] Seulement deux catégories de la Classification internationale des maladies (CIM9) comptent suffisamment de décès pour pouvoir calculer un taux spécifique pour les personnes nées à l'extérieur du Canada : les tumeurs (140-239) et les maladies de l'appareil circulatoire (390-459).

### Variables

**Du fichier des décès :**

***Lieu de naissance de la personne décédée :***

Pays de naissance.

**Du fichier du recensement :**

***Immigrant reçu[2] :***

Personne à qui les autorités de l'immigration a accordé le droit de résider au Canada en permanence.

***Résident non permanent[2] :***

Personne qui n'a pas la citoyenneté canadienne par naissance, mais qui est titulaire d'un permis de séjour pour étudiant, d'un permis ministériel, ou qui revendique le statut de réfugié.

[2] Depuis 1991, Statistique Canada ne détermine plus les immigrants selon leur pays de naissance ou leur citoyenneté, mais selon qu'ils aient reçu leur statut d'immigrant ou de résident non permanent.

### Méthode de calcul

Le taux comparatif est une mesure relative qui nous permet d'évaluer le nombre annuel de décès pour 1000 habitants qui pourrait être observé dans la population si celle-ci avait la même composition par âge qu'une population de référence.

Le calcul se fait à partir des décès de la population immigrante (décédés nés à l'extérieur du Canada), de l'effectif de la population immigrante (immigrants reçus et résidents non permanents) et de l'effectif de l'ensemble de la population non institutionnelle, le tout par groupes d'âge et sexe avec une méthode de calcul complexe. Le lecteur intéressé peut se référer à l'annexe 3.

### Frais d'acquisition

**Frais d'acquisition pour la DSP afin d'obtenir les données :**

Aucuns frais d'acquisition afin d'obtenir le **fichier des décès**.

Frais d'acquisition afin d'obtenir les données **du fichier du recensement** :

- Peu de frais pour obtenir les effectifs d'immigrants reçus et de résidents non permanents ainsi que la population non institutionnelle, par groupes d'âge quinquennaux de 0 à 85 ans.
- Croisement avec le sexe : peu de frais pour obtenir les effectifs d'immigrants reçus et de résidents non permanents ainsi que la population non institutionnelle, par groupes d'âge quinquennaux de 0 à 85 ans.

### Exemple

*En 1995, à Montréal-Centre, le taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire était de 2 pour 1000 pour les personnes nées à l'extérieur du Canada comparativement à 2,6 pour 1000 pour les personnes nées au Canada.*

***IMMIGRANT :*** *Personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada.*

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 209



## INDICATEUR :

**Nombre de décès et taux comparatif de mortalité selon la cause spécifique[1] pour les personnes nées à l'extérieur du Canada**

[1] Seulement deux catégories de la Classification internationale des maladies (CIM9) comptent suffisamment de décès pour pouvoir calculer un taux spécifique pour les personnes nées à l'extérieur du Canada : les tumeurs (140-239) et les maladies de l'appareil circulatoire (390-459).

### Avantages

- Il s'agit d'un indicateur synthèse qui donne une mesure relative de la mortalité permettant ainsi de comparer divers sous-groupes de la population ou un même sous-groupe à des périodes différentes.

  On peut donc comparer les taux de mortalité de la population née au Canada avec ceux de la population née à l'extérieur du Canada pour savoir s'ils ont la même mortalité.

  On peut également retracer l'évolution réelle de la mortalité de la population née à l'extérieur du Canada. L'indicateur permet de comparer avec justesse la mortalité même s'il y a eu pendant la période étudiée des événements, tels que l'arrivée subite d'immigrants plus âgés que dans les vagues précédentes ou le retour au pays d'origine des personnes âgées après la vie active, qui peuvent affecter la structure par âge de la population immigrante.
- Puisque la déclaration des décès est obligatoire, toutes les personnes qui habitaient le Québec au moment de leur décès sont inscrites au fichier, même lorsque le décès a lieu à l'extérieur du Québec. Les données des décès sont disponibles annuellement.

### Limites

- L'information fournie est une mesure **relative**. On ne doit pas utiliser le taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada seul, mais bien en comparaison avec d'autres populations. Il s'agit donc d'un outil qui permet de comparer des niveaux de mortalité les uns par rapport aux autres.
- L'indicateur exclut les décédés nés à l'extérieur du Canada qui séjournaient dans un centre hospitalier de soins de longue durée (CHLD) parce que nous n'avons pas d'information sur la population immigrante vivant en institution. Bien que cette opération soit nécessaire, elle a pour effet de sous-estimer la mortalité parce que la mortalité en institution est plus grande que celle hors institution. Afin de ne pas créer de biais dans la mesure, il faut faire la même opération pour les populations qui seront comparées à la population née à l'extérieur du Canada.
- À Montréal-Centre, 11 % des formulaires de déclaration de décès des personnes qui résidaient dans la région ne comportaient pas d'information sur le lieu de naissance. Les taux comparatifs de mortalité pourraient sous-estimer davantage la mortalité des immigrants si les formulaires incomplets sont plus fréquents chez ces derniers.
- Il n'y a pas de validation des réponses pour la variable lieu de naissance de la personne décédée.

### Mises en garde

- L'indicateur ne peut pas être calculé à l'échelle des territoires de CLSC, car dans certains centres hospitaliers, tels que celui de St. Mary, celui de Saint-Laurent, l'Hôpital Général Lasalle, l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et le Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci, on retrouve plus d'un formulaire sur quatre où le lieu de naissance n'est pas mentionné. Or, pour les territoires de CLSC où une proportion importante de personnes décèdent dans ces hôpitaux, le pourcentage d'inconnus nuit considérablement à l'analyse.

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 210

34711 4e partie 8/28/06 1:21 PM Page 211

## *Conclusion*

Ce chapitre veut donner aux planificateurs des lignes directrices pour arriver à chiffrer quelques concepts touchant les communautés culturelles.

À propos des indicateurs proposés, on peut retenir de façon générale que : a) il faut se méfier de la simplicité apparente des mots; b) plusieurs indicateurs d'apparence simple cachent des réalités complexes; c) il faut se méfier des termes qui bien que semblables ne sont pas synonymes; d) plusieurs indicateurs ne sont pas comparables temporellement; e) l'information désirée n'est pas toujours recueillie dans les fichiers exploités; f) il n'est pas toujours possible de calculer des indicateurs à l'échelle des territoires de CLSC car les effectifs sont trop petits.

En ce qui concerne les fichiers administratifs abordés dans ce chapitre, il est possible de dégager quelques recommandations d'ensemble. Tout d'abord, il y aurait lieu d'améliorer la fréquence de déclaration des réponses aux variables d'ordre culturel présentes actuellement dans les fichiers. En effet, l'amélioration de la déclaration du lieu de naissance par plusieurs hôpitaux de la région de Montréal-Centre permettrait de faire des analyses pour des unités géographiques plus petites que la région. Deuxièmement, afin que les Directions de la santé publique du Québec puisent mieux remplir leur mandat, il serait important de modifier les bulletins actuels de naissance (SP-1) afin d'ajouter une question portant directement sur l'identité culturelle des deux parents.

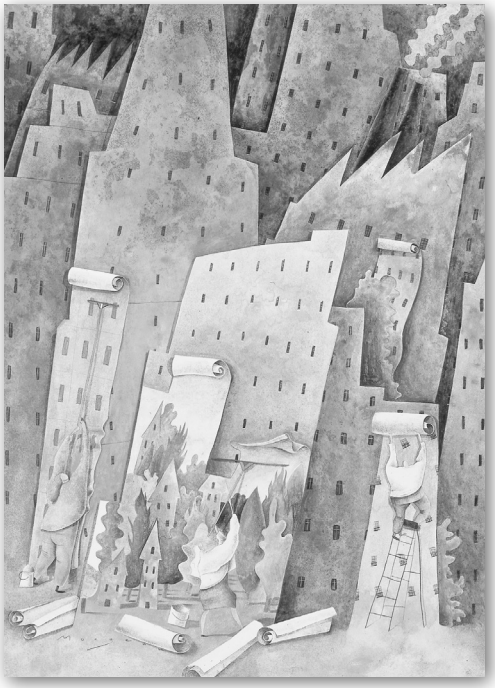
Dans le futur, il serait intéressant d'exploiter dans un premier temps les variables d'ordre culturel du fichier des hospitalisations (MED-ECHO) et du fichier des tumeurs. Dans un second temps, il serait pertinent d'étudier la faisabilité de développer des indicateurs d'ordre culturel à partir du fichier des bénéficiaires d'aide sociale, des effectifs scolaires du ministère de l'Éducation du Québec, des systèmes clientèles des Centres Jeunesse ainsi que du système d'information clientèle des CLSC (SIC-CLSC).

Bien sûr, la santé est en elle-même un concept très difficile à mesurer et trop peu est encore fait pour en évaluer la relation avec des aspects psychologiques, sociaux ou économiques vécus par les membres des communautés culturelles. Il faut dire que ces renseignements sont obtenus dans le cadre d'enquêtes générales, qu'il faut plusieurs questions pour documenter les facteurs pouvant confondre l'analyse (statut d'immigration, religion, âge à l'immigration, durée de séjour, identité ethnique, etc.) et que la population de communautés culturelles autres que française ou anglaise échantillonnée n'est pas suffisante pour faire des analyses très approfondies. Reste que pour les enquêtes sociales et générales québécoises, l'aspect culturel n'a pas souvent été exploité de façon maximale.

Force est de reconnaître que malgré la percée que nous proposons dans cet ouvrage, beaucoup reste à faire pour mieux connaître l'état de santé des différentes communautés culturelles vivant au Québec.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 212

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 213



# *Conclusion*

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 214

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 215

# CONCLUSION

## VERS UNE VISION PLURALISTE

***Alex Battaglini***

Les options possibles face à la pluralité ethnique et culturelle sont nombreuses et ce document n'en a brièvement présenté que quelques-unes. En fait, on y traite de ce phénomène principalement à la lumière de notions associées à l'intégration et à l'interculturalité. Loin d'être contradictoires, ces notions s'inscrivent dans l'histoire tantôt en opposition, tantôt en complémentarité, un peu comme dans ce document. Aussi, dans les premier et second chapitres, ces diverses notions, et d'autres moins populaires, sont abordées alternativement. On y note également une prédominance de la notion d'intégration qui est évoquée comme une option politique et sociale prometteuse. Le propos général du troisième chapitre, quant à lui, étant associé plus directement à l'interaction entre individus de cultures et d'origines différentes, accorde une plus grande place à l'interculturalité comme stratégie d'adaptation des organisations. Ceci dit, l'approche interculturelle, telle que présentée dans ce troisième chapitre, nous semble cohérente avec l'idée d'une intégration dite réciproque, c'est-à-dire qui n'est pas considérée comme un phénomène unilatéral, mais qui reconnaît des changements tant chez les populations hôtes que chez les populations d'immigration récente. En ce qui a trait au quatrième chapitre, il permet de revoir les principaux concepts déjà abordés, mais sous un angle différent, soit celui de leur utilisation à titre d'indicateurs ethniques et culturels dans les fichiers administratifs.

Historiquement, la pluralité culturelle a toujours été présente, bien que les véritables débats à ce sujet soient assez récents. Toute la complexité de l'interculturalité était déjà présente lors des premiers contacts entre Européens et Autochtones au début de la colonisation, puis dès les premières migrations jusqu'à aujourd'hui. En somme, l'interculturalité existe depuis qu'il y a des contacts entre individus de cultures et d'origines différentes, soit depuis toujours. Ce qui diffère est la valeur accordée à ces contacts. Si longtemps la xénophobie a eu le haut du pavé, légitimant par la peur des relations de pouvoir basées sur les différences ethniques et culturelles, aujourd'hui d'aucuns suggèrent fortement de ne pas ménager nos efforts pour tirer avantage des richesses que propose la diversité culturelle.

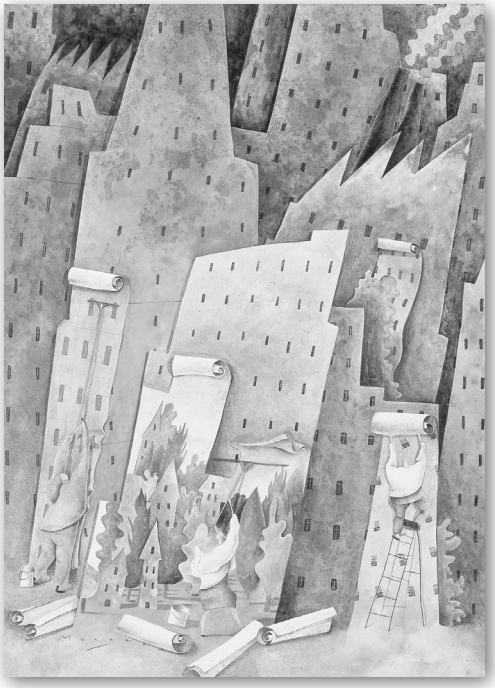
L'évolution des débats et des visions nous mène toutefois à considérer deux pôles, situés aux extrêmes d'un même continuum, qu'il est préférable d'éviter : d'une part, sombrer dans un rapport de force ou d'autorité morale, imposant valeurs et normes sociales et, d'autre part, promouvoir l'attrait d'une xénophilie naïve résultant d'efforts interculturels démesurés. Ces deux pôles se retrouvent finalement face au même piège, car bien que l'un mène à une banalisation de la différence et l'autre à sa sur-valorisation, les deux présentent la culture comme

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 216

une réalité statique, alors qu'elle est fondamentalement dynamique et en constante évolution. Ce document, nous l'espérons, aura contribué à trouver un équilibre raisonnable entre ces deux pôles, ouvrant ainsi une porte à une vision pluraliste.

Aussi, semble-t-il constructif de maintenir au sein d'institutions de santé publique, la possibilité de confrontations des idées et des visions. De cette manière, on peut espérer éviter l'unicité des paradigmes et s'ouvrir véritablement aux réalités des communautés auxquelles s'adressent les programmes.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 217



# *Bibliographie*

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 218

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 219



## BIBLIOGRAPHIE DES CHAPITRES 1, 2 ET 3


Ahdieh, L., Hahn, R.A. (1996). « Use of Terms Race, Ethnicity, and National Origins: A review of articles in the American Journal of Public Health, 1980-1990 », in *Ethnicity and Health*, 1/1: 95-98.

Allen, M.F., Saillant, F., Genest, S. (1996). *Santé et intervention auprès des réfugiés d'Asie du Sud-Est. Recension des publications*. Groupe d'études et de recherches sur l'Asie contemporaine (Gérac), Université Laval.

Apollon, W. (1992). « L'un et l'autre au Québec. Fascination et fuite dans la rencontre de l'autre », 13e Colloque annuel en Santé mentale, *Solidarités, cultures, santé mentale : un dialogue à découvrir*, Montréal.

Aspinall, P.J. (1997). « The conceptual Basis of Ethnic Group Terminology and Classification », in *Social Science and Medecine*, 45/5 : 689-698.

Audet, B. (1987). *Les caractéristiques socio-économiques de la population immigrée au Québec au recensement de 1981*, Montréal : MCCI, Cahier No. 4.

Balarajan, R. (1995). « Ethnicity and variations in the nation's health », in *Health Trends*, 27/4: 114-119.

Barl, C. (1993). « La torture en consultation : une rencontre avec la Dre. Cécile Rousseau », in l'*Omnipraticien*, 21 avril.

Barth, F. (1969). *Ethnic Group and Bounderies. The Social organisation of Culture Difference*. Little Brown and Company, Boston

Battaglini, A. (1999). « Violence conjugale : les défis de l'immigration » in *Images, Magazine interculturel*, 6/6 : 4-6.

Battaglini, A., Gravel, S. (1998). *L'approche interculturelle, d'après la perspective de Margalit Cohen-Émerique*, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Battaglini, A., Fortin, S., Heneman, B., Laurendeau, M.-C. et Tousignant, M. (1997). *Bilan des interventions en soutien parental et en stimulation infantile auprès de clientèles pluriethniques*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Bauer, J., (1994). *Les Minorités au Québec*, Collection Boréal Express, Boréal.

Beaglehole, R., Bonitar, R., Kjellstrom, T. (1994). *Éléments d'épidémiologie*. Organisation mondiale de la santé, Genève.

Beaud, S., Noiriel, G. (1989). « L'assimilation, un concept en panne », in *Revue internationale d'action communautaire*, 21/61: 63-76.

Bégin, C. (1989). « La voie sinueuse de la décentralisation du système de santé et des services au Québec », in *Sciences Sociales et Santé*, VII/4: 139-147.

Beiser, M. (1988). *Puis... La porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, Ottawa, Secrétariat du multiculturalisme, ministère de la Santé et du Bien-être social.

Bernier, D. (1993). « Le stress des réfugiés et ses implications pour la pratique et la formation », in *Service social*, 42/1: 81-100.

Berry, J.W. (1996). « Acculturation et adaptation », Article présenté au VIe Congrès de l'ARIC, Montréal (Québec), Canada, le 22 mai 1996.

Berry, J.W., Kim, U., Boski, P. (1987). « Psychological Acculturation of Immigrants », in *Cross-culturel Adaptation, Current Approaches*. Kim et Gudykunst, International and Intercultural Communication Annual, vol. XI : 62-89.

Bibeau, G., Chan-Yip, A.M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C. (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 220

Bibeau, G. (1987). « À la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé, synthèse critique » , Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Bibeau, G. (1985). « Des pratiques différenciées de la santé », in *Traité d'anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*, Presse Universitaire du Québec : 1167-1188.

Bisaillon, H. (1989). « L'accessibilité des services aux communautés culturelles . 1. Les résultats de la consultation du personnel du CSSMM », Centre de services sociaux du Montréal métropoplitain.

Bisaillon, H. (1989). « L'accessibilité des services aux communautés culturelles. Synthèse du matériel de discussion de la consultation auprès de 31 représentants de communautés culturelles », Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

Bissoondath, N. (1995). *Le marché aux illusions. La méprise du multiculturalisme*. Montréal, Boréal Liber.

Bhatt, A., Dickinson, R. (1992). « An analysis of health education materials for minority communities by cultural and linguistic group », in *Health Education Journal*, 51/2: 72-77.

Bhopal, R., Rankin, J. (1999). « Concept and terminology in ethnicity, race and health : be aware of the ongoing debate » in *Br Dent Journal*, 22/186 : 483-484

Bhopal, R., Philimore, P., Kohli, H.S. (1991). « Inappropriate use of the term Asian : an obstacle to ethnicity and healt research », in *Journal of Public Health Medecine*, 13/4: 244-246.

Bhopal, R. (1986). « The inter-relationship of folk, traditional and western medicine within an asian community in Britain », in *Social Science and Medecine*, 22/1: 99-105.

Bhrolchain, M.N. (1990). « The ethnicity question for the 1991 census: Background and issues », in *Ethnic and Racial Studies*, 13/4: 542-567.

Bilodeau, G. (1993). « Méthodologie de l'intervention sociale et interculturalité », in *Service social*, 42/1: 25-48

Botting, B. (1989). « Perinatal mortality in England and Wales: variations by mother's country of birth (1982-85) », in *Health Trends*, 21: 79-83.

Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M. et coll. (1989). *Dictionnaire de la sociologie*. Paris, Larousse.

Bourhis, R.Y., Moïse, C.L., Perreault, S., Sénécal, S. (1995). « Immigration and multiculturalism issues in Canada: towards an interactive acculturation model », Document du Département de psychologie, Université de Montréal, Québec, Canada.

Bourque, R. (1989). « Les relations interculturelles dans les services sociaux, guide d'animation », Comité de relations interculturelles dans les services sociaux.

Bourque R., Rioux L. (1991). « Barrières à l'emploi pour les Québécois des communautés culturelles », *Collection Études et recherches No.4*, ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (avril 1992). *Cadre et référence pour l'élaboration du programme de santé publique du réseau de la santé publique*.

Camilleri, C., Vinsonneau, G. (1997). « Construction des variables et traitement statistique des données dans la rencontre des cultures », in *Psychologie et culture : concepts et méthodes*, Arnaud Colin.

Camilleri, C. (1996). « Stratégies identitaires: les voies de la complexification », *Communication pour le VIe Congrès International de l'ARIC*, Montréal, Québec, Canada, le 22 mai 1996.

Chalifoux, J.-J. (1993). « Culture: une notion polémique ? » in *Service social*, 42/1: 11-24.

Chen, J., Ng E, Wilkins, R. (1996). *La santé des immigrants au Canada en 1994-1995*. Rapports sur la santé, 7 : 37-50.

Chiasson-Lavoie, M. (1992). *L'approche interculturelle auprès des réfugiés et des nouveaux arrivants, Montréal* : Centre des services sociaux du Montréal métropolitain.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 221



Chicha-Pontbriand, (1990). *Les jeunes des minorités visibles et ethniques et le marché du travail : une situation doublement précaire.* Montréal, Commission des droits de la personne.

Choinière, R., Robitaille, N., Bourbeau, R. (1987). « Aperçu des minorités ethniques du Québec », in *Apprentissage et Socialisation*, 10/2: 81-85.

Cohen-Émerique, M. (1997). « La négociation-médiation, phase essentielle dans l'intégration des migrants », in *Hommes et migration*, 1208/juillet-août.

Cohen-Émerique, M. (1993). « L'approche interculturelle dans le processus d'aide », in *Santé mentale au Québec*, XVIII/1: 71-92.

Cohen-Émerique, M. (1984)., « Choc culturel et relations interculturelles de la pratiques des travailleurs sociaux, formation à la méthode des incidents critiques », *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, 7 : 185.

Collins, R. (1989). « Femmes, stratification sociale et production de la culture », in *Sociologie et sociétés*, XXI/2: 27-45.

Conseil des communautés culturelles (1987). *Synthèse de la consultation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux communautés culturelles*, Montréal, CCCIQ.

Constantinides, S. (1983). *Les Grecs du Québec. Analyse historique et sociologique*, Édition le métèque, Collections ethno-culturelles, 248 p.

Corin, H. (1996). « The cultural frame : Context and meaning in the construction of health », in Amick, B., Levine, S., Tarlov, A., Chapman, P., *Society and health*, Oxford University press, New York.

Costa Lascoux, J. (1986). « À propos de la délinquance des immigrés », in *Immigrations, multiethnicité et socialisation des jeunes*, Paris, CRIV.

Cousineau, D. (1990). « La consultation médicale par les immigrants du Québec »,in *Le médecin du Québec*, Septembre.

Das, K. (1997). *La dynamique tripartite de la situation interculturelle en intervention*, document de travail, Institut interculturel de Montréal.

Deschamps, G. (1990). *Les communautés culturelles : identification ethnique, rapports avec la société francophone, compétence et usages linguistiques*. Sondage, Collection Études et recherches, ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, 26 p.

Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris.

Dorais, L.-J. (1989). « Intégration et adaptation dans une ville de taille moyenne: les réfugiés d'Asie du Sud-Est à Québec », in Revue internationale d'action communautaire, 21/61: 177-184.

Dorais, L.-J., Pilon-Lê, L., Quy Bong, N., Huy, N., Kaley, R. (1984). *Les Vietnamiens du Québec*. Québec : Centre international de recherche sur le bilinguisme.

Doucet, H., Fortier, M., Gravel, S., Heneman, B., Messier, M., Ouellet, F. (1997). *Mères et Mondes; feuillets d'information sur la santé des mères et de nouveau-nés de différentes communautés culturelles*, No 1 à 8, Direction de la santé publique, de Montréal-Centre, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Doutreloux, A. (1993). « L'école et l'interculturel, intégration des autres ou prise de conscience de soi? », in *Revue internationale d'action communautaire*, 31/71: 163-170.

Dracham, D. (1992). « A Stage-of-Migration Framework for Service to Immigrant Populations », in *Journal of National Association of Social Workers*, 37/1 : 68-72.

Dufresne, J. (1985). « Aspects culturels de la santé et de la maladie », in *Traité d'anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*, Presse Universitaire du Québec : 242-251.

Elbaz, M. (1993). « Ethnicité et générations en Amérique du Nord. Le cas de la seconde génération de Juifs séfarades à Montréal », in *Revue internationale d'action communautaire*, 31/71: 63-77.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 222

*État du monde 1999*, Annuaire économique et géopolique mondial, Éditions La découverte/Boréal, Montréal.

Eustache, R., Ouellet, F. (1990). « Recherche participative sur les relations parents-enfants dans les familles haïtiennes du Québec : perceptions des parents », *Prisme*, 1 / 2 : 88-99.

Fendetti, D.V., Goldmeir J. (1988). « Social worker as culture mediators in health care settings », in *Health and social work*, 13/3 : 171-178.

Ferri, P. (1993). « Médecine familiale et soins transculturels », in *Le médecin de Québec*, février : 31-36.

Fong, L.C., Watt, I. (1994). « Chinese health behaviour: Breaking barriers to better understanding », in *Health Trends*, 26/1 : 14-15.

Galland, F. (1995). « Apport de l'anthropologie à l'éthique biomédicale », in *Cahier médico-sociaux*, 39: 39-40.

Gallisot, R. (1989). « Au-delà du multiculturel: nationaux, étrangers et citoyens. Urbanisation généralisée et transnationalisation », in *Revue internationale d'action communautaire*, 21/61: 27-33.

Gans, H.J. (1979). « Symbolic ethnicity: the future of ethnic groups and cultures in America », in *Ethnic and Racial studies*, 2/1: 1-20.

Gélineau, L. (1988). *Le SIDA et la discrimination envers la population noire de Montréal*, Montréal : mémoire de maîtrise en anthropologie, Université de Montréal.

Germain A., Archambault, J., Blanc, B., Charbonneau, J., Dansereau, F., Damaris, R. (1995). « Cohabitation interethnique et vie de quartier », *Collection Études et recherches No.12*, soumis au ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles et à la Ville de Montréal par l'INRS-Urbanisation.

Goggin, P., Gravel, S. (1990). *Aspects méthodologiques relatifs à l'utilisation des indicateurs ethnoculturels dans le domaine de la santé*, Hôpital Sainte-Justine, Hôpital Saint-Luc.

Gould, S. (1981). *The Mismeasure of Man*, Penguin, Harmond-sworth.

Gould, S. (1977). *Ever Since Darwin : Reflections in Natural History*, Penguin, Harmondsworth.

Greenwald, H.P., Polissar, N.L., Dayal, H.H. (1996). « Race, Socioeconomic and Survival in three Female Cancers », in *Ethnicity and Health*, 1/1: 65-75.

Guberman, N., Maheu, P., Mousseau-Glasser, M., Plante, H. (1997). *L'utilisation des ressources d'aide par les personnes âgées chinoises du centre-ville de Montréal*, Université du Québec à Montréal et ex-CLSC Centre-ville de Montréal.

Guilbert, L. (1993). « Intermédiaire culturel et médiateur de cultures: évolution des rôles et des attitudes dans la société québécoise », in *Revue internationale d'action communautaire*, 31/71: 151-161.

Guillaumin, P. (1972). *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*. La Haye, Mouton.

Hartweg, D.L. (1990). « Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing », in *Journal of Advanced Nursing*, 15 : 35-41.

Helly, D. (1996). *Le Québec face à la pluralité culturelle 1977-1994. Un bilan documentaire des politiques*. Québec, IQRC et Presses de l'Université Laval.

Helly, D. (1989). « Immigrants aux États-Unis, au Canada et au Québec. Un schéma », in *Revue internationale d'action communautaire*, 21/61: 35-42.

Heneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S., Alvarado, E. (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre et Université de Montréal.

Hill, A. (1989). « Molecular markers of ethnics groupes », in J. Cruickshanks and D. Beevers (1989) : 25-31.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 223



Howard, P. Greenwald, PhD, Nayak, L., Polissar, PD, Hari, HD (1996). « Race, Socioeconomic Status and Survival in Three Female Cancers », in *Ethnicity and Health*, 1/1 : 65-75.

Jacquard, A. (1978). *Éloge de la différence, la génétique et les hommes*, Éditions du Seuil.

Jacob, A., Requepas, M. (1996). *Programme de partenariat entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires issus des communautés culturelles*, rapport d'évaluation, document présenté aux membres du comité consultatif du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Jacob, A., Berthot, J. (1991). *Intervenir sur les immigrants et les réfugiés*, Montréal, Méridien.

Jacob, A. (1987). « L'accessibilité des services sociaux aux communautés ethniques », in *Intervention*, 74: 16-34.

Jacob, A. (1987). « Modèles d'intervention et communautés ethno-culturelles, entre l'imaginaire et le réel », in *Apprentissage et Socialisation*, 10/2: 99-112.

Jenecek, M., Cléroux, R. (1982). *Épidémiologie*, Edisem, Québec, Maloine, Paris.

Janet, L., Kelly , MPH. (1996). « Race/Ethnicity Misclassi-fication of Persons Reported with AIDS », in *Ethnicity & Health*, 1(1): 87-94.

Jarvis, G.K. Northcott, H.C. (1987). « Religion and differences in Morbidity and Mortality », *Social Science and Medecine*, 25 : 813-824.

Kelly, J.J., Chu, S.Y., Diaz, T., Leary, L.S., Buehler, J.W. (1996). « Race/Ethnicity Misclassification of Persons Reported with AIDS », in *Ethnicity and Health*, 1/1: 87-94.

Khan, S. (1993). « Canadian Muslim Women and Shari'a Law : A feminist Response to Oh! Canada », *CJWL/RFD*, 6: 52-65.

Kluckhohn, F. (1961). *Variation in value orientation*, Evanston, Peterson.

Kosack, G. (1976). « Migrant women: the move to Western Europe - a step towards emancipation? », in *Race and Class*, XVII, 4:369-379.

Kreps, G.L., Kunimoto, E.N. (1995). « Effective communication in multicultural health care settings », in *International Journal of Intercultural Relations*, 19/3: 459-462.

Kristeva, J. (1988). *Étrangers à nous-mêmes*, Gallimard, Paris.

Lamotte, A. (1992). *Situation socio-économique des femmes immigrées au Québec*, Direction des études et de la recherche, MCCI.

Larose, S. (1985). « De la complexité des motifs de la migration : le cas haïtien », in *Revue internationale d'action communautaire*, 14/54 : 23-32.

Lasry, J.C., Sayegh, L. (1992). « Developing an Acculturation Scale : A bidimensional Model », in N. Grizenko, L. Sayed et P. Mignaud, dir., in *Trancultural Issues in Child Psychiatry*, Montréal, Éditions Douglas.

Lasry, J.C. (1982). « Une diaspora francophone au Québec, Les juifs séfarades ». *Question de culture. migration et communautés culturelles*, No 2, Institut québécois de recherche sur la culture :113-138.

Lebon, L. (1994). « Les indicateurs d'intégration: où en est-on en France ? », Actes du Séminaire sur les indicateurs d'intégration des immigrants, séminaire tenu du 28 février au 3 mars 1994 à l'Université de Montréal : 21-43.

Ledoyen, A. (1992). *Montréal au pluriel. Huit communautés ethno-culturelles de la région montréalaise*. Collection Documents de recherche No 32 : 31-48.

Legault, G., Lafrenière, M. (1993). « Femmes, migrations, interventions: une rencontre interculturelle », Rapport de recherche, École de service social, Université de Montréal, 186 p.

Lemay, (1987). *Cahier de perfectionnement en éducation interculturelle pour les professeur-e-s de niveau collégial*. Collège Bois-de-Boulogne, Montréal.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 224

Levin, J.S. (1994). « Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal », in *Social Science and Medecine*, 38/11: 1475-1482.

Lévi-Strauss, C. (1952). *Race et histoire*, Collection Folio/Essais.

Lillie-Blanton, M., Hoffman, S.C. (1995). « Conducting an Assessment of Health Needs and Ressources in a Racial/Ethnic Minority Community », in *Health Services Research*, 30/1: 225-236.

Lin, T.Y., Tardiff, K., Donetz, G., Goresky, W. (1978). « Ethniciy and patterns of help-seeking », in *Culture, Medecine and Psychiatry*, 2/3 : 3-13.

Lip, G.Y., Luscombe, C., McCarry, M., Malik, I., Beevers, G. (1996). « Ethnicity Differences in Public Health Awarness, Health Perceptions and Physical Exercices: implications for heart disease prevention », in *Ethnicity and Health*, 1/1: 47-53.

Manègre, J.F. (1993). *L'immigration et le marché du travail. Un état de la question*, Conseil des communautés culturelles et de l'immigration, 173 p.

Masi, R., Mensah, L., McCleod, K.A. (1995). *Health and cultures, exploring the relationships, Programs, Services and Care*, Édité par Masi, R., Mensah, L., McCleod, K.A., Mosaic Press, Oakville, Ontario.

Mason, J. (1990). « A Rose by any other name...? categorisasion, identity and social science », in *New Community*, 17(1) : 123-133.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal.

Matsuoka, J.K. (1990). « Differential acculturation among Vietnameses Refugies », in *Social work*, 35/4 : 341-345.

McCaughrin, W. (1995). « The importance on multicultural variation in planning college student programs », in *Evaluation and the Health Professions*, 18/2: 202-216.

McLeod, L, Shin, M. (1994). *Comme un oiseau sans ailes : Éloge au courage et à l'endurance des femmes maltraitées qui ne parlent ni l'anglais ni le français*, ministre des Approvisionnements et Services Canada.

Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration (1990). *Au Québec, pour bâtir ensemble, Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 1er bilan*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Priorités Nationales de santé publique 1997-2002*, Gouvernement du Québec.

Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (1997). *L'immigration au Québec de 1998 à 2000, Prévoir et planifier*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles*, Éditeur officiel du Québec.

Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (1997). *Révision de la législation sur l'immigration, Au-delà des chiffres*, Canada.

Moerman, D.E. (1979). « Anthropology of symbolic healing », Current Anthropology, 20 march.

Meintel, D. (1989). « Les Québécois vus par les jeunes d'origine immigrée », in *Revue internationale d'action communautaire*, 21/61: 81-94

Miles, R. (1982). *Racism and migrant labour*, Routledge & Kegan Paul, London, Boston.

Monnier, D. (1993). *Les choix linguistiques des travailleurs immigrants et allophones*. Rapport d'une enquête réalisée en 1991, Publications du Québec, dossier du Conseil de la langue française, No 37, 293 p.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 225



Moreau, S., Rousseau, C., Mekki-Berrada, A. (1999). « Politique d'immigration et santé mentale des réfugiés : profil et impact des séparations familiales », in *Nouvelles pratiques sociales*, 11/2 : 177-196.

Morel, M., Reyburn, S., Thérien, F. (1996). *Pauvreté, actions de santé publique*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Morin, C. (1988). *Besoins éducatifs des enfants de milieux défavorisés d'origine allophone (niveau préscolaire)*, Montréal, Conseil scolaire de l'Île de Montréal.

Nickens, H. W. (1995). « Race/ethnicity as a Factor in Health and Health Care », in *Health Services Research*, 30/1: 151-177.

Noivo, E., McAndrew, M., Potvin, M. (1996). *Le racisme au Québec: éléments d'un diagnostic*, rapport final soumis au ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles par le Centre d'études ethniques de l'Université de Montréal, *Collection études et recherches* N0 13.

Nyamwaya, D. (1996). « Impediments to health promotion in developing countries: the way forward », in *Health Promotion International,* 11/3: 175-176.

Orque, N.S. (1988). « Orque Ethnic/cultural system : A framework for ethnic nursing », in *Ethnic nursing care*, St-Louis : 5-48.

Padgett, D.K., Patrick, C., Burns, B.J., Schlesinger, H.J. (1994). « Ethnic Differences in Use of Inpatient Mental Health Services by Blacks, Whites, and Hispanics in a National Insured Population », in *Health Services Research*, 29/1: 135-153.

Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in nursing practice*. 2nd ed. Norwalk, CT : Appleton & Lange.

Peressini, M. (1993). « Attachement utilitaire et refus du jeu ethnique. Le rapport au pays d'accueil dans les récits de vie d'un groupe d'immigrants italo-montréalais », in *Revue internationale d'action communautaire*, 31/71: 47-61.

Perras, S., Boucher, N. (1993). « L'intervention sociale contre le racisme. Sortir du multiculturalisme et de la pensée magique », in *Service social*, 42/1: 101-119.

Perrin-Espinasse, M.Th. (1989). « L'impact des programmes sociaux d'insertion sur les modes d'intégration des immigrés », in *Revue internationale d'action communautaire*, 21/61: 185-189.

Perroti, A. (1986). « Immigration, un vocabulaire à revoir », in *Presse et Immigrés en France*, no.142 : 13-15.

Pham-Nguyen, T. (1987). « Les déterminants du processus d'adaptation sociale et linguistique des Vietnamiens à Québec. » *Adapation linguistique et culturelle : l'expérience des réfugiés d'Asie du Sud-Est au Québec*, sous la direction de Kwok B. Chan et Louis-Jacques Dorais, Québec : Centre international de recherche sur la linguistique :149-165.

Phinney, P.S. (1990). « Ethnic Identity in Adolescents and Adults: Review of Research », in *Psychological Bulletin*, 108/3: 499-514.

Piché, V., Bélanger, L. (1995). « Une revue des études québécoises sur les facteurs d'intégration des immigrants », *Collection Notes et documents No5*, Département de démographie et Groupe de recherche ethnicité et société (GRES), Université de Montréal.

Piché, V. (1989). « L'immigration haïtienne au Québec : modalités d'insertion », in *L'insertion urbaine des migrants en Afrique*, Antoine, Philippe et Coulibay, Sidiki (éds) Paris : ORSTOM : 201-221.

Pineault, R., Daveluy, C. (1995). La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies, Agence d'ARC inc., Montréal.

Polednak, A.P. (1996). « Estimating Breast Cancer Incidence in Hispanic Women in Cunnecticut », in *Ethnicity and Health*, 1/3: 229-236.

Règlement sur l'équité en matière d'emploi, (1996). *Gazette du Canada partie II*, 130(23).

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 226

Ren, X.S., Amick, B.C. (1996). « Racial and Ethnic Disparities in Self-assessed Health Status: evidence from the National Survey of Families and Households », in *Ethnicity and Health*, 1/3: 293-303.

Renaud, J. (1993). ENI Temps 3. *Les trajectoires professionnelles des nouveaux immigrants*, document de travail, Université de Montréal et Institut québécois de recherche sur la culture.

Renaud, J., Carpentier, A., Ouimet, G., Montgomery, C. (1993). *La première année d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989, portraits d'un processus*, Université de Montréal, Département de sociologie et Institut québécois de recherche sur la culture.

Rex, J. (1986). « The role of the class analysis in the study of race relations. A Weberian perspective » in J. Rex et D.Mason, eds., *Theories of Race and ethnic Relations*, Cambridge : Cambridge Universiy Press.

Rocher, F., Rocher, G. (1991). « La culture québécoise en devenir : les défis du pluralisme », in *Pluriethnicité, éducation et société. Construire un espace commun*, sous la direction de Fernand Ouellet et Michel Pagé, Québec, IQRC : 43-76.

Rousseau, C., Colin, H., Renaud, C. (1989). « Conflit armé et trauma : une étude clinique chez les enfants de réfugiés latino-américains », *Revue Canadienne de psychiatrie*. 34 : 376-385.

Roy, G. (1991). *Pratiques interculturelles sous l'angle de la modernité*, Montréal : École de service social, Université de Montréal, mémoire de maîtrise, 1990, publié par le CSSMM en 1991.

Satzewich, V. (1989). « Racism: The Reactions to Chinese Migrants in Canada at the turn of the Century », in *International Sociology*, 4/3 : 311-327.

Sheldon, T., Parker, H. (1992). « Race and ethnicity in health research », in *Journal of public Health Medecine* , 14(2) : 104-110.

Schecter, C., (1989). « De l'autre: réflexions sur la différence contemporaine », in *Revue internationale d'action communautaire*, 21/61: 49-55.

Short, K.H., Johnson, C. (1994). « Ethnocultural Parent Education in Canada: Current Status and Directions », in *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13/1, spring: 43-54.

Smaje, Chris (1995). *Healt, « Race » and ethnicity: Making sense of the evidence*, King's Fund Institute, London, Great Britain.

Sterlin, C. (1991). « La référence culturelle dans une pratique psychiatrique en milieu haïtien à Montréal », in Corin, E., Lanarre, S., Migneault, P., Tousignant, P., *Regard anthropologique*, Éditions du Girame, Université de Montréal.

Stocking, G.W. (1973). Researches into the Physical History of Man, Chicago, University of Chicago Press

Su Chung Chern, A., (1996). « Health promotion policies in Singapour: meeting the challenges of the 1990s », in *Promotion international*, 11/2: 127-136.

Table ronde, (1993). « L'intégration de la nouvelle immigration à la société québécoise: facteurs facilitants, difficultés et stratégies », in *Revue internationale d'action communautaire*, 31/71: 17-32.

Taguieff, Pierre-André (1986). « Racisme et antiracisme: modèles et paradoxes », in Béjin, André et Freund, Julien, « Racismes, antiracismes », Paris, Libraisie des méridiens.

Tannenbaum, T.N., Rivest, P., Kishchuk, N., Lapierre, M. (1995). *Évaluation d'un projet de thérapie sous surveillance directe par un travailleur de rue pour des cas de tuberculose pulmonaire*, protocole de recherche, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Terrisse, B., Trottier, S., Chevarie, D. (1994). « Valeurs éducatives parentales, origine ethnique et classes sociales », in *Comprendre la famille*, Actes du 2e symposium de recherche sur la famille, Presse de l'Université du Québec.

Tessaro, I., Eng, E., Smith, J. (1994). « Breast Cancer Screening in Older African-Americain Women: Qualitative Research Finding », *Americain Journal of Health Promotion*, 8/4: 286-294.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 227



Vatz-Laaroussi (1993). « Intervention et stratégies familiales en interculturel » in *Service social*, 42/1: 49-62.

Veltman, C., Panneton, C. (1989). « L'intégration linguistique des immigrants allophones de la région métropolitaine de Montréal », *Actes du séminaire scientifique sur les tendances migratoires actuelles et l'insertion des migrants dans les pays de la francophonie*, Québec : Les publications du Québec, p. 319-334.

Veltman, C. (1994). « Analyse et mesure de la mobilité linguistique », *Actes du Séminaire sur les indicateurs d'intégration des immigrants*, séminaire tenu du 28 février au 3 mars 1994 à l'Université de Montréal.

Vissandjé, B., Carignan, P., Gravel, S., Leduc, N. (1997). « Le Québec en évolution : La promotion de la santé est-elle importante pour les immigrantes? », article à paraître in la *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.

Wallman, S. (1986). « Ethnicity and the boundry process in context », in *Theories of Race and Ethnic relations* (John Rey and David Manson), Cambridge University press, London.

Waxler-Morrisson, N., Anderson, J., Richardson, E.. (1990). *Cross-cultural caring. A handbook for health professionals*, UBC Press, Vancouver.

Weber, M. (1971). *Économie et société*, Paris, Plon.

Weed, L., D. (1996). « Epistemology and Ethics in epidemiology », in Coughlin, S.S., Beauchamp, T.L., *Ethics and Epidemiology*, 77-94, Oxford University Press, New York.

Weinreich, P. (1986). « The operationalisation of identity theory in racial and ethnic relations », in *Theories of Race and Ethnic Relations* (John Rey and David Manson), Cambridge University press, London.

Wihtol de Wenden, C. (1989). « Citoyenneté, nationalité et immigration », in *Revue internationale d'action communautaire*, 21/61: 43-48.

Williams, D.R. (1994). « The Concept of Race in Health Services Research: 1966 to 1990 », *Health Services Research*, 29/2: 261-274.

Williams, D.R. (1996). « Race/ethnicity and socioeconomic status: measurement and methodological issues », in *International Journal of Health Services*, 26/3: 483-506.

Witter, S. (1996). « Doi moi`and Health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam », in *International Journal of Health Planning and Management*, 11: 159-172.

Young, D. (1995). « The dilemma posed by minority medical traditions in plurastic societies: the case of China and Canada », in *Ethnic and Racial Studies*, 18/3: 494-514.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 228

## BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE 4


Badets, J., Norris, M.J. (1991). *Les données du recensement de 1991 sur l'immigration et la mobilité*, texte préparé pour fins de présentation au 59e Congrès de l'ACFAS, section démographie, 20 p.

Baillargeon, M., Benjamin, C. (1990). *Caractéristiques linguistiques de la population immigrée recensée au Québec en 1986*, gouvernement du Québec, ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, Direction des Études et de la recherche, 85 p.

Bernèche, F. (1993). « Immigration et espace urbain. Les regroupements de population haïtienne dans la région métropolitaine de Montréal », in *Cahier québécois de démographie*, 12/2 : 295-324.

Boxhill, W.O. (1991). *Méthodes de collecte des données sur les minorités visibles au Canada : examen et commentaires*. Document de travail. Statistique Canada 97 p.

Boxhill, W.O. (1990). *Choisir les données de recensement à utiliser dans le cadre du dénombrement des minorités visibles : une tâche peu facile*. Document de travail. Statistique Canada, Programme statistique sur l'équité en matière d'emploi, 46 p.

Boxhill, W.O. (1986). *Guide de l'utilisateur des données du recensement de 1981 sur l'origine ethnique*, rapport hors-série, Statistique Canada, Division des statistiques sociales du logement et des familles, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Numéro 99-949 au catalogue.

Boxhill, W.O. (1986). *Guide de l'utilisateur des données du recensement de 1981 sur le lieu de naissance, la citoyenneté et l'immigration*, rapport hors-série, Statistique Canada, Division des statistiques sociales du logement et des familles, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Numéro 99-946 au catalogue.

Boxhill, W.O., McCrea, R., Crew, M. (1986). *Statistiques du recensement de 1981 sur le lieu de naissance, la citoyenneté et l'immigration : quelques faits et chiffres*, rapport hors-série, Statistique Canada, Division des statistiques sociales du logement et des familles, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Numéro 99-952 au catalogue.

Boxhill, W.O. (1984). *Restrictions relatives à l'utilisation des données sur l'origine ethnique pour dénombrer les minorités visibles au Canada*. Document de travail (général). Statistique Canada, Division des caractéristiques sociales du logement et des familles. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Numéro 99-957 au catalogue.

Boyd, M. (1990). *Évaluation des questions portant sur les caractéristiques ethniques et culturelles dans l'Enquête sociale générale*, Document de travail. Statistique Canada. Division des statistiques sociales du logement et des familles, Centre pour la mesure des origines ethniques, 57 p.

Chevalier, S., Choinière, R., Ferland, M. (1995). *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*, Institut canadien d'information sur la santé, 230 p.

Fortin, L. (1995). « Définitions et utilisations des indicateurs », in Chevalier, S., Choinière, R. et coll., *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*, Institut canadien d'information sur la santé : 3-20.

Gagné, M. (1995). *L'intégration des immigrants au Québec : choix et illustration de quelques indicateurs*, ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles, Communication présentée dans le cadre des Huitièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier, Rhône-Alpes – 5 au 8 décemblre.

Gagné, M. (1993). « Les communautés culturelles du Québec : une réalité aux multiples dimensions qui nécessite une instrumentation adaptée aux besoins », dans Statistique Canada et Bureau of the Census, *Les défis que pose la mesure de l'origine ethnique : science, politique et réalité*. Conférence canado-américaine sur la mesure de l'origine ethnique : 541-559.

Goggin, P., Gravel, S. (1990). *Aspects méthodologiques relatifs à l'utilisation des indicateurs ethnoculturels dans le domaine de la santé*, Hôpital Sainte-Justine et Hôpital Saint-Luc, 27 p.

Guay, D., Riberdy, H., Guillemette, A. (1993) *Reflets divers. Profil socio-économique de la population du Montréal métropolitain selon l'origine ethnique, 1986*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Justine, 252 p.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 229



Henry, A.O., Guaran, R.L., Petterson, C.D., Walstab, J.E. (1992). « Obstetric and birthweight differences between Vietnam-born and Australian-born women », in *The medical Journal of Australia*, 156 : 321-324.

Joe, S., Lachapelle, J. (1995). *Rapport sur la qualité des fichiers du Registre des événements démographiques, Québec, 1993*, Bureau de la statistique du Québec, Direction des statistiques socio-démographiques.

Kelly, K. (1995). *Collecte des données du recensement sur les personnes appartenant à des minorités visibles au Canada : perspective historique*. Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Numéro 89F0031MPF au catalogue.

Michalowski, M. (1993). « Redefining the Concept of Immigration in Canada », *Canadian Studies in Population*, 20/1 : 59-84.

Michalowski, M., Fortier, C. (1990). « Two neglected categories of immigrants to Canada : Temporary immigrants and returning Canadians », *Statistical Journal of the United Nations*, ECE 7 : 175-204.

Péron, Y., Strohmenger, C. (1985). *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*. Statistique Canada, Division de la santé, Section de la recherche et de l'analyse, Numéro 82-543F au catalogue.

Pineault, R., Goulet, L. (1995). « Les indicateurs de santé : les utiliser, oui, mais ne pas en abuser », in *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 2/2 : 140-150.

Statistique Canada (1997). *Dictionnaire du recensement 1996*, Ottawa : Industrie Canada, Recensement du Canada de 1996. Numéro 92-351-XPF au catalogue.

Statistique Canada (1994). *Échantillonnage et pondération*, Rapports techniques du recensement 1991; Série des produits de référence. Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Numéro 92-342F au catalogue.

Statistique Canada (1994). *Couverture*, Rapports techniques du recensement 1991; Série des produits de référence. Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Numéro 92-341F au catalogue.

Statistique Canada (1994). *Langue parlée à la maison et connaissance des langues*, Rapports techniques du recensement 1991; Série des produits de référence. Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Numéro 92-336F au catalogue.

Statistique Canada (1993). *Langue maternelle*, Rapports techniques du recensement 1991; Série des produits de référence. Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Numéro 92-335F au catalogue.

Statistique Canada (1993). *Origine ethnique*, Série : Le pays. Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Science et de la Technologie (Canada). Recensement du Canada de 1991, Numéro 93-315F au catalogue.

Statistique Canada (1992). *Dictionnaire du recensement de 1991*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada. Recensement du Canada de 1991, Numéro 92-301F au catalogue.

Veltman, C. (1994). « Analyse et mesure de la mobilité linguistique », in ministère des Affaires internationales de l'Immigration et des Communautés culturelles et Centre d'études ethniques de l'Université de Montréal, *Actes du Séminaire sur les indicateurs d'intégration des immigrants*, sous la direction de Mmes Danielle Juteau et Madeleine Gagné.

White, P. (1993). « L'expérience des organismes nationaux de statistique dans la mesure de l'origine ethnique, Canada », in Statistique Canada et Bureau of the Census, *Les défis que pose la mesure de l'origine ethnique : science, politique et réalité*. Conférence canado-américaine sur la mesure de l'origine ethnique : 52-59.

White, P., Badets, J., Renaud, V. (1993). « Mesure de l'origine ethnique dans les recensements du Canada », in Statistique Canada et Bureau of the Census, *Les défis que pose la mesure de l'origine ethnique : science, politique et réalité*. Conférence canado-américaine sur la mesure de l'origine ethnique : 259-307.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 230

Wright, Wendy (1989). *Comparaison des chiffres des recensements de 1981 et de 1986 sur les minorités visibles au Canada*, Document de travail, Programme d'équité en matière d'emploi. Statistique Canada. Division de la statistique sociale, du logement et des familles.

**SOURCES DES DONNÉES**

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). Fichiers des décès et des naissances produits dans le cadre d'une demande spéciale, no. 97-0006.

Statistique Canada, Recensement du Canada de 1996. Profils des divisions et subdivisions de recensement.

Statistique Canada, Recensement du Canada de 1996. Profil par secteurs de recensement et par régions de tri d'acheminement. Regroupement par CLSC réalisé par P. Provencher, H. Riberdy, et C. Kapétanakis.

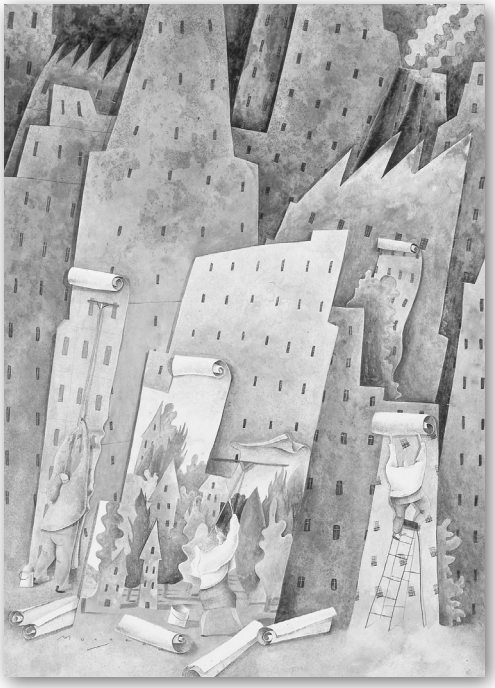
Statistique Canada, Recensement du Canada de 1991. Tableau sommaire no. I9101B.

Statistique Canada, Recensement du Canada de 1991. Tableau géocodé, PO3377.

Statistique Canada, Recensement du Canada de 1991. Profil des divisions et subdivisions de recensement.

Statistique Canada, Recensement du Canada de 1991, taux de non-réponse, résultats d'autocodage pour le lieu de naissance et sous-dénombrements des immigrants récents, Informations non publiées. Statistiques sociales, du logement et des familles.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 231



# *Annexes*

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 232

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 233



**ANNEXE 1 : Méthode de calcul du coefficient de variation pour les données échantillonnales (20 %) du recensement canadien**

Coefficient de variation : $\frac{\text{Erreur-type}}{\text{Estimé}} \times 100$

Erreur-type : $\sqrt{\frac{4 \times \text{Estimé} (N - \text{Estimé})}{N}}$

Estimé : Nombre d'individus appartenant à un sous-ensemble d'une population donnée (ex. : CLSC).

N : Nombre total de personnes dans la population donnée (ex. : région de Montréal-Centre).

1. Il faut tout d'abord calculer l'erreur-type du nombre pour lequel nous voulons obtenir une évaluation de la précision (estimé).
2. On divise ensuite ce résultat par l'estimé et on le multiple par 100.
3. On interprète ensuite le pourcentage obtenu. Lorsque le coefficient de variation est égal ou inférieur à 16,5 %, la valeur de l'estimé est fiable; lorsqu'il est supérieur à 16,5 % mais inférieur ou égal à 33,3 %, l'estimé doit être interprété avec prudence; lorsqu'il est supérieur à 33,3 %, l'estimé n'est pas fiable.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 234

Exemple :

1) On veut évaluer la fiabilité du nombre d'immigrants récents vivant dans le territoire du CLSC Lac Saint-Louis au recensement de 1996.

*Estimé : 1 676*
*N : 116 740*

*Erreur-type :*

$$\sqrt{\frac{4 \text{ X } 1\,676\,(116\,740 - 1\,676)}{116\,740}} = 81{,}3$$

*Coefficient de variation :* $\frac{81{,}3}{1\,676}$ X 100 = 5 % Fiable

2) *On veut évaluer la fiabilité du nombre d'individus d'origine ethnique unique philippine vivant dans le territoire du CLSC Olivier-Guimond au recensement de 1996.*

*Estimé : 29*
*N : 11 440*

*Erreur-type :*

$$\sqrt{\frac{4 \text{ X } 29\,(11\,440 - 29)}{11\,440}} = 10{,}77$$

*Coefficient de variation :* $\frac{10{,}77}{29}$ X 100 = 37 % Pas fiable

Sources des chiffres utilisés dans les exemples : Statistique Canada, recensement du Canada de 1996, profil par secteurs de recensement et par régions de tri d'acheminement. Regroupement par CLSC réalisé par P. Provencher, H. Riberdy, et C. Kapétanakis.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 235



## ANNEXE 2 : Méthode utilisée pour hiérarchiser les réponses de la variable origine ethnique du recensement canadien

Développée initialement par Russel Wilkins, cette méthode permet de répartir les réponses multiples parmi les origines ethniques uniques (Guay et coll., 1993). Tout en permettant de ne compter qu'une seule fois un individu, une seule origine ethnique est attribuée aux personnes recensées qui en ont déclaré plusieurs, soit celle qui prédomine selon la hiérarchie décroissante présentée à la page suivante. À titre d'exemple, un individu qui se déclare Espagnol et Argentin au recensement est classé dans la catégorie des Américains du Sud puisque cette origine devance celle des Espagnols dans la hiérarchie. De même, celui qui déclare être Français et Marocain est classé dans le groupe Nord-Africains et Arabes.

Cette méthode assure une meilleure évaluation des effectifs des minorités ethniques. Leurs effectifs sont en effet beaucoup plus difficiles à estimer correctement comparativement aux groupes ethniques majoritaires.

L'origine ethnique hiérarchisée permet de résoudre assez efficacement le problème des déclarations multiples. Toutefois, un examen approfondi des données de Statistique Canada associé à une plus grande connaissance des choix de certains groupes ethniques lorsqu'ils complètent le questionnaire du recensement canadien montrent que plusieurs personnes nées à Haïti déclarent être d'origine française. Ce phénomène s'observe aussi avec les Jamaïquains qui se déclarent parfois Britanniques ou Français et les Latino-Américains et Caraïbes qui s'identifient aux Espagnols ou aux Portugais. Afin de contourner cette pratique, il est possible de tenir compte du lieu de naissance des individus pour ces origines ethniques.

Conséquemment, il est souhaitable de faire croiser la variable origine ethnique hiérarchisée par les lieux de naissance présentés ci-après. Une fois cette opération réalisée, il suffit de répartir les personnes qui s'étaient déclarées d'origine française, britannique, espagnole ou portugaise dans les catégories correspondant aux pays de naissance (Haïtiens, Jamaïquains…).

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 236

**Liste des catégories hiérarchisées demandées à Statistique Canada**

**Autochtones**
Inuit
Indien de l'Amérique du Nord
Métis

**Noirs**
Haïtien
Jamaïquain
Noirs antillais (Barbadien, Noir et origines des Caraïbes)
Autres Noirs (Noir, Noir africain, Ghanéen, Éthiopien, Somalien)

**Latino-Américains et Caraïbes (excluant les noirs)**
Amérique centrale (Guatémaltèque, Mexicain, Nicaraguayen, Salvadorien)
Amérique du Sud (Argentin, Brésilien, Chilien, Colombien, Équatorien, Péruvien, Uruguayen)
Caraïbes (Cubains, Guyanais, Trinidadien/Tobagonien, autres origines des Caraïbes, autres Antillais britanniques)
Autres Latino-Américains, autres origines des Caraïbes (Hispanique, autres origines d'Amérique latine, centrale et du Sud)

**Asiatiques de l'Est, du Sud-Est, du Pacifique**
Asiatiques (Chinois)
Asiatiques du Sud-Est (Vietnamien, Laotien, Cambodgien)
Asiatiques de l'Est (Birman, Thaïlandais, Coréen)
Asiatiques du Pacifique (Japonais, Indonésien, Malaisien, Philippin, Fidjien, Polynésien, autres origines des îles du Pacifique, excluant Australien et Néo-Zélandais)
Asiatiques du Sud (Cingalais, Pendjabi, Tamoul, Bangladeshi, n.i.a., Indien de l'Inde n.i.a., Pakistanais n.i.a., Sri Lankais n.i.a., Afghan, Bengali)
Autres asiatiques de l'Est, du Sud-Est, du Pacifique n.i.a.

**Libanais**
**Autres Méditerranéens de l'est**
(Arménien, Cypriote, Irakien, Kurde, Palestinien, Syrien, Turc)
**Nord-Africains, Arabes** (Égyptien, Maghrébin, Marocain, Arabe n.i.a.)
**Autres africains** n.i.a.
**Autres origines d'Asie occidentale** n.i.a.
**Juifs, Israélien**

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 237



**Europe**

Tchèque, Slovaque, Tchécoslovaque, Hongrois, Roumain, Bulgare
Russe, Biélorusse, Estonien, Letton, Lithuanien
Polonais
Ukrainien
Grec
Portugais
Espagnol
Italien
Autres origines sud-européennes n.i.a. (Basque, Croate, Serbe, Slovène, Yougoslave n.i.a., Albanais, Macédonien)
Belge, Néerlandais, Luxembourgeois, Flamand
Allemand, Autrichien, Suisse
Scandinave (Finlandais, Danois, Islandais, Norvégien, Suédois, Lapon, Scandinave n.i.a.)
Autres origines européennes n.i.a.

**Britannique et français**
**Canadien**
**Britannique** (Anglais, Irlandais, Écossais, autres Britanniques n.i.a., Gallois, Australien, Néo-Zélandais)
**Français** (Français, Acadien, Québécois)
**Américain**
**Autres origines** (Maltais)

Toutes les origines ethniques mentionnées, sauf celles entre parenthèses, correspondent à une catégorie. Ainsi, il y aura une catégorie Europe qui comprendra toutes celles mentionnées (Tchèque, Russe, Polonais, etc.) ainsi que des catégories distinctes : Grec, Portugais, Espagnol, etc.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 238

**Liste des lieux de naissance à faire croiser par Statistique Canada avec la variable origine ethnique hiérarchisée**

**Haïti**
**Jamaïque**
**Autres Antilles et Caraïbes**
(Anguilla, Antigua, Antilles néerlandaises, Aruba, Bahamas, Barbade, Bermudes, Caïmans, Cuba, République Dominicaine, Dominique, Grenade, Guadeloupe, Martinique, Montserrat, Porto Rico, Saint-Christophe-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-Grenadines, Trinité-et-Tobago, Turques-et-Caïcos, îles Vierges américaines et britanniques)
**Amérique centrale**
(Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama)
**Amérique du Sud**
(Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Falkand, Guyana, Guyane française, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay, Venezuela)
**Autres pays**

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 239



## ANNEXE 3 : Méthode de calcul du taux comparatif de mortalité générale pour les personnes nées à l'extérieur du Canada

| Groupe d'âge | Population née à l'extérieur du Canada | | | Population de référence Population non institutionnelle de la région de Montréal-Centre – 1991 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Décès[1] (A) | Effectif 1991[2] (B) | Taux pour 100 000 (C= A/B) | Effectif 1991 (D) | Décès attendus (E= C X D) |
| 0 à 4 ans | 0 | 5 250 | 0 | 100 770 | 0 |
| 5 à 14 ans | 2 | 26 050 | 7,68 | 181 340 | 14 |
| 15 à 24 ans | 14 | 48 845 | 28,66 | 239 940 | 69 |
| 25 à 34 ans | 50 | 83 845 | 59,63 | 333 565 | 199 |
| 35 à 44 ans | 95 | 87 015 | 109,18 | 269 400 | 294 |
| 45 à 54 ans | 166 | 69 830 | 237,72 | 203 600 | 484 |
| 55 à 64 ans | 267 | 59 440 | 449,19 | 186 060 | 836 |
| 65 ans + | 2176 | 68 020 | 3 199,06 | 231 475 | 7 405 |
| | | | Total | 1 746 150 | 9 301 |

Sources : MSSS (1995), Fichier des décès produit dans le cadre d'une demande spéciale, no. 97-0006.
Statistique Canada, Recensement du Canada de 1991, Tableau sommaire no. I9101B.

1. Il faut faire le calcul des taux de mortalité par groupe d'âge pour 100 000 (colonne A divisée par colonne B et multipliée par 100 000).
2. Il faut faire le calcul des décès que nous aurions si la structure par âge était identique à celle de la population de référence (colonne C multipliée par colonne D).
3. Il faut faire la somme des décès attendus puis la diviser par l'effectif total de la population de référence et la multiplier par 100 000 (somme de la colonne E divisée par la somme de la colonne D et multipliée par 100 000).

Donc : 9 301 / 1 746 150 X 100 000 = 532,66 pour 100 000

[1] Considérant que l'effectif de la population née à l'extérieur du Canada ne comprend pas la population vivant en institution (centres hospitaliers de longue durée, foyers pour personnes âgées, prisons), il est préférable d'éliminer les décès des personnes résidant en institution. Actuellement, l'information disponible dans le fichier des décès ne nous permet d'identifier que les centres hospitaliers de soins de longue durée.

[2] L'effectif de la population née à l'extérieur du Canada correspond à l'addition de l'effectif des immigrants reçus et des résidents non permanents pour chaque groupe d'âge.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 240

## Choix de la population de référence

Nous recommandons l'utilisation de la population de l'ensemble de la région de Montréal-Centre comme population de référence afin de permettre la comparaison des taux ajustés entre la population née à l'extérieur du Canada et celle née au Canada. Toutefois, puisque le nombre de décès utilisé dans le calcul des taux ne comprend pas les décès des personnes vivant dans un centre hospitalier de soins de longue durée, il est préférable de prendre l'effectif de la population non institutionnelle.

## Mise en garde

Puisque la population née à l'extérieur du Canada est une sous-population de l'ensemble de la population, le nombre de décès est petit. Il est préférable d'utiliser le nombre moyen de décès de trois années consécutives afin d'éviter des erreurs d'interprétation dues à des événements ponctuels isolés (ex. : un nombre élevé de décès provoqué par un accident de la route).

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 241



## ANNEXE 4 : Méthode de calcul de l'espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada selon la méthode actuarielle

| Groupe d'âge | Population née a l'extérieur du Canada | | | | Survivants | Décès de la table | Années vécues | Cumul des années vécues | Espérance de vie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Décès[1] A | Effectif 1991[2] B | Taux M | Quotients Q | S | D | L | T | E |
| 0 à 4 ans | 0 | 5 250 | 0 | 0 | 100000 | 0 | | | |
| 5 à 14 ans | 2 | 26 050 | 0,0000768 | 0,0007675 | 100000 | 77 | 999616 | 8738872 | 87,4 |
| 15 à 24 ans | 14 | 48 845 | 0,0002866 | 0,0028621 | 99923 | 286 | 997803 | 7739256 | 77,5 |
| 25 à 34 ans | 50 | 83 845 | 0,0005963 | 0,0059457 | 99637 | 592 | 993411 | 6741453 | 67,7 |
| 35 à 44 ans | 95 | 87 015 | 0,0010918 | 0,0108584 | 99045 | 1075 | 985071 | 5748042 | 58,0 |
| 45 à 54 ans | 166 | 69 830 | 0,0023772 | 0,0234928 | 97969 | 2302 | 968186 | 4762971 | 48,6 |
| 55 à 64 ans | 267 | 59 440 | 0,0044919 | 0,0439325 | 95668 | 4203 | 935663 | 3794785 | 39,7 |
| 65 ans + | 2176 | 68 020 | 0,0319906 | 1 | 91465 | 91465 | 2859122 | 2859122 | 31,3 |

Sources : MSSS (1995), Fichier des décès produit dans le cadre d'une demande spéciale, no. 97-0006.
Statistique Canada, Recensement du Canada de 1991, Tableau sommaire no. I9101B.

1. Il faut faire le calcul des taux de mortalité par groupe d'âge (colonne A divisée par colonne B).
   *Exemple : Taux des 5-14 ans = M(5) = 2 / 26 050 = 0,0000768*.

2. Il faut transformer les taux de mortalité M(x) en quotients Q(x) à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{2aM(x)}{2 + aM(x)}$$

   ou a = amplitude du groupe d'âge
   M(x) = taux de mortalité

   Exemple : Quotient des 5-14 ans = Q(5) = $\frac{2 \times 10 \times 0,0000768}{2 + 10 \times 0,0000768} = 0,0007675$

   Cette transformation est effectuée pour tous les groupes d'âge, sauf pour les 0-4 ans où aucun décès n'est enregistré et pour le dernier groupe d'âge où l'on fixe le quotient à 1.

3. Il faut faire le calcul des survivants S(x) et des décès D(x, x + a) de la table.
   Les survivants de la table (S(x)) correspondent aux survivants à l'âge x - 5 moins les décès à l'âge x - 5.
   Les décès de la table (D(x, x + a)) correspondent aux survivants à l'âge x multipliés par le quotient à l'âge x.

[1] Considérant que l'effectif de la population née à l'extérieur du Canada ne comprend pas la population vivant en institution (centres hospitaliers de longue durée, foyers pour personnes âgées, prisons), il est préférable d'éliminer les décès des personnes résidant en institution. Actuellement, l'information disponible dans le fichier des décès ne nous permet d'identifier que les centres hospitaliers de soins de longue durée.

[2] L'effectif de la population née à l'extérieur du Canada correspond à l'addition de l'effectif des immigrants reçus et des résidents non permanents pour chaque groupe d'âge

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 242

Par convention, on établit à 100 000 les survivants de la table à 0 an.
Puisqu'il n'y a aucun décès d'enfants nés à l'extérieur du Canada avant 5 ans, les survivants au groupe d'âge 5-14 ans sont toujours 100 000.

*Exemple : Pour le groupe d'âge 15-24 ans :*
*Survivants de la table à 5 ans = 100 000*
*Quotient 5-14 ans = 0,0007675*
*Décès de la table à 5-14 ans = 100 000 X 0,0007675 = 77 (décès)*
*Donc les survivants à 15 ans = 100 000 – 77 = 99 923 (survivants)*

4. Il faut faire le calcul des années vécues L(x) par les individus dans les différents groupes d'âge.
Les années vécues L(x) correspondent : (S(x) + S( x + a) ) X a / 2
S = survivants de la table
a = amplitude du groupe d'âge

Pour le dernier groupe d'âge, on divise les survivants par le taux de mortalité observé à cet âge.

*Exemple : Pour le groupe d'âge des 5-14 ans :*
*Survivants à 5 ans = 100 000*
*Survivants à 15 ans = 99 923*

*(100 000 + 99 923) X 10 / 2 = 999 615*

*Pour le groupe d'âge des 65 ans et plus :*

*91 465 / 0,0319906 = 2 859 122*

5. Il faut faire le calcul des années vécues cumulées T (x).
Les années vécues cumulées correspondent à la somme des années vécues L du dernier groupe d'âge jusqu'à l'âge x.

Exemple : Pour le groupe d'âge des 55-64 ans :
T(55-64) = L(65+) + L(55-64)
T(55-64) = 2 859 122 + 935 663 = 3 794 785

6. Il faut faire le calcul de l'espérance de vie E(x).
L'espérance de vie E(x) correspond au cumul des années vécues à l'âge (x) divisées par le nombre de survivants à l'âge (x).

Puisqu'au Québec, en 1995, on n'a enregistré aucun décès d'enfants de moins de 5 ans nés à l'extérieur du Canada, il n'est pas possible de calculer l'espérance de vie à la naissance telle que nous le faisons habituellement; nous obtenons plutôt l'espérance de vie à cinq ans. Comme nous n'avions pas

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 243



d'autres fichiers des décès pour d'autres années, nous n'avons pu vérifier si ce phénomène est constant ou passager. Reste que lorsque l'on veut comparer les espérances de vie des gens nés au Canada et à l'extérieur du Canada, il est préférable de comparer l'espérance de vie à cinq ans pour les personnes nées à l'extérieur du Canada avec l'espérance de vie à la naissance des personnes nées au Canada.

*Exemple : Pour le groupe d'âge 5-14 ans :*
*E(5) = T(5) / S(5)*
*E(5) = 8 738 872 / 100 000 = 87, 4 ans*

**Mise en garde**

L'espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada ne doit pas être comparée à l'espérance de vie pour l'ensemble de la population (qui est l'indicateur généralement publié). Ce dernier considère autant les décès des personnes qui vivaient en institution que ceux des personnes qui n'y vivaient pas alors que l'espérance de vie pour les personnes nées à l'extérieur du Canada ne comprend que les décès des personnes qui ne vivaient pas en institution.

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 244

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 245

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
**DE MONTRÉAL-CENTRE**

# *BON DE COMMANDE*

| QUANTITÉ | TITRE DE LA PUBLICATION | PRIX UNITAIRE (tous frais inclus) | TOTAL |
|---|---|---|---|
| | **Culture, santé et ethnicité, vers une santé plublique pluraliste** | **28$** | |

ISBN : 2-89494-228-1

DESTINATAIRE

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____

No Rue App.

_____

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopie _____

**Les commandes sont payables à l'*avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la**
***Direction de la santé publique de Montréal-Centre***

**Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.**

**Retourner à l'adresse suivante :**

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

**DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

***Garder notre monde en santé***

34711 5e partie 8/28/06 1:23 PM Page 246